جـــــامـــعــة الجـــــزائـــر
كـــلـــية العـــلـــوم الإنسانـــية والاجتـــمـــاعـــية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

المـــوضــــــــوع

أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى فئة من محاولي الانتحار وعلاقتها بكل من الاكتئاب واليأس.

-دراسة ميدانية-

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي.

إعداد الطالب :
أحمد فاضلي

إشراف :
الأستاذ الدكتور/ رشيد مسيلي

السنة الجامعية 2008-2009

فهرس العناوين

فهرس الجداول والأشكال

مقدمة :

أضحى الانتحار مشكلة اجتماعية يتصاعد حجمها مع مرور الزمن فـــي كل المجتمعات ومنها المجتمعات العربية، وهذا الشعور بإشكالية الانتحار هــو الذي يدفع للعمل على الإحاطة بجوانبه والوقوف على سماته، ومحاولـــة تفهــم العوامل التي تدفع الأفراد إلى ممارسة هذا السلوك المدمر.

تعرف الجزائر في السنوات الأخيرة انتشارا واضحا للسلوكات الانتحارية على اختلاف أشكالها، ولا ينفك يمر يوم إلا وتطالعنا الصحف بالأرقام المذهلة والتي تبقى بعيدة كل البعد عن الأرقام الحقيقية وهذا لما يرتبط بهذا السلوك من حظر من قبل أفراد المجتمع، على اعتبار أنه سلوك مستهجن ولا يُقبــل حتـــى التلفظ به ويدرج ضمن المحرمات (الطابوهات).

ويكاد العاملون في القطاعات الصحية يجمعون على تضاعف الأرقام في السنوات الأخيرة، مما يفتح الباب واسعا أمام المختصين للتساؤل عن تعاظم هذه الظاهرة وانتشارها حتى في الأوساط التي لم تكن مرتبطة بها علـــى الإطـــلاق (الشيوخ والكهول).

من حيث المنطلق لا يمكن الجزم بوجود عامل يمكن من خلالـــه تفســـير السلوك الانتحاري، ولعل هذا ما يجعل أمر مكافحته يعد من أكبـــر انشـــغالات المخابر الدولية والمؤسسات التي تعنى بالبحوث التطبيقية أو الأكاديمية، ورغـــم هذا إلا أن الاستعراض الدقيق للتـــراث الســـيكولوجي يوضـــح أن الســـلوكات الانتحارية المختلفة يكمن خلفها اضطراب الاكتئاب الـــذي إن اشـــتد وافتقـــد للرعاية النفسية والكيميائية إن استدعى الأمر أدى لإيذاء الذات والاعتداء عليها بحرمانها من ممارسة حق الحياة.

فضلا عن ذلك لا يوجد مرجع واحد يتحـــدث بخصـــوص الاكتئـــاب إلا ويحذر من انعكاساته على الحالة المزاجية للفرد، ومن ثم ظهور اختلال وتثبيط

على مستوى القدرات المعرفية التي تؤثر سلبا على اتخاذ القرار لـــدى الأفـــراد .وهكذا يبدو أن الملجأ الوحيد لهؤلاء المعتلين هو التوقف عن الاســـتمرار فـــي الحياة وبشكل إرادي.

وبالمقابل يصعب إيجاد مرجع يفسر كيف تحدث العملية – الانتحار– وفق بناء متسلسل يوضح دور المتغيرات التي يمكن أن تلعب دورا هاما في السلوك الانتحاري، بداية من المميزات النفسية والشخصية والمعرفية والاجتماعية التي تمكّن فيما بعد العاملين في مجال الطوارئ النفسية من الآخذ بـــه فـــي مجـــال الوقاية، إلا بعد ما ظهرت المحاولات التي قام بها بيك وزملاؤه عبر ســـنوات ممتدة من البحث، حيث توصلوا إلى بعض المتغيرات التي تفسر بشكل أوضـــح دور اليأس كمشاعر قوية تجعل من الفرد ممتنعا عن بذل أي محاولـــة لتغييـــر الوضعية التي يعاني منها، فيمتنع عن الحياة لأنه لم يجد المخرج المناسب مـــن هذا المأزق، بعد أن تضيق به الحياة وتشتد انفعالاته السلبية التي تغذي المزاج الحزين والذي بدوره يعمل على تفعيل أفكار الموت المرتبطة بـــأهم أعـــراض الاكتئاب، ثم تتجسد في المحاولة الانتحارية أو الانتحار .ويعد اليأس من أكثـــر المنبئات بوجود التفكير الانتحاري أو ما يقابله من الناحية الاصطلاحية تصـــور الانتحار، ولكن إلى أي مدى يمكن القول بأن وجود اليأس المرتفع يـــؤدي إلـــى المحاولة الانتحارية ؟ رغم ذلك فإن الدراسات – دراسات حسن عبد المعطـــي (2001) ودراسات سعد الإمارة (2001) تؤكد هـــذا، إلا أن الوقـــائع الميدانيـــة تختلف إلى حد ما مع ما انتهت إليه نتائج هذه البحوث، فالممارســـة الميدانيـــة تشير لوجود حالات يأس واضحة ومرتفعة الشدة لكنها لم تحاول الانتحار أبـــدا. وقد يرجع هذا لوفرة عوامل أخرى ترتبط بالجانب الشخصي والمعرفي للفرد .

ومن هنا افترضنا نظريا أن الذين يحاولون الانتحار يعانون من الاكتئاب ومن اليأس لارتباطهما ببعض في حالات الشدة، ولكننا افترضنا أيضا أن هـــذه

الاضطرابات المصنفة في خانة الاضطرابات الانفعالية تنتج أحيانا عن مستويات الضغوط التي يعاني منها الأفراد، التي إن أدركوها بأنها مهددة، ولجأوا لاستخدام استراتيجيات تعامل غير فعالة معها، فإنها ستزيد من درجة المعاناة النفسية نظرا لاستمرار مصادر الضغط والفشل في التعاطي معها، إلى جانب توفر الأرضية المناسبة للشكيل المتألف من الاكتئاب واليأس.

وهكذا نجد أنفسنا أمام أفراد يعانون من صعوبة ممارسة الحياة بشكلها الطبيعي، وهذا ما يفسر ربما ميلهم للمحاولة الانتحارية.

وهذا الأمر هو الذي شكل موضوع البحث الحالي الذي يهدف للكشف عن دور كل من أساليب التعامل وبعض المتغيرات في تسوية الضغوط النفسية لدى فئة من محاولي الانتحار، وهي دراسة ميدانية لـ 75 حالة.

أعد الباحث دراسته بعد أن حدد الإطار العام لإشكالية بحثه وفرضياته، ومن ثم حدد المصطلحات التي استعملها إلى جانب الأسباب الكامنة خلف اختيار هذا الموضوع وأهميته والأهداف المتوقع الوصل إليها، ثم قسم بحثه إلى قسمين رئيسيين أحدهما شكل الجانب النظري، واحتوى على الفصول النظرية بداية من الانتحار إلى الضغط النفسي واستراتيجيات التعامل ثم فصل الاكتئاب واليأس.

الجانب الثاني اهتم بالجانب التطبيقي للبحث وقُسم إلى فصول ثلاث، الأول تم فيه توضيح منهج البحث وإجراءاته انطلاقا من المنهج المستخدم، العينة، مواصفاتها وشروط اختيارها، ثم وسائل البحث والمقاييس المستعملة. أما الفصل الثاني تم فيه عرض نتائج البحث كاملة ليتم مناقشتها في الفصل الثالث.

انتهى البحث بخاتمة وتوصيات ربما تشكل هي بدورها أفقا جديدا للبحث، وربما تشكل أساسا ومنطلقا لدراسات أكاديمية أخرى، كما يمكن أن تصلح من الناحية التطبيقية للعاملين في قطاع الطوارئ النفسية.

الإطار العام لإشكالية البحث

الإطار العام لإشكالية البحث :

يعد الانتحار ظاهرة إنسانية صاحبت الوجود البشري منذ البدايات الأولى حتى اليوم، ففي جل الجماعات الإنسانية على تغاير حضاراتها يوجد بعض الأفراد الذين يقدمون على الانتحار بصورة ما، وفضلا عن ذلك فإن الإحصاءات الجنائية في معظم دول العالم تشير إلى أن الإقبال على الانتحار يكثر تكراره وترتفع نسبته مع تقدم الزمن، مرتبطا بانتشار التصنيع ومصاحبا لما هو ملحوظ من تعقد الحياة وتشابك في المصالح وآلية في العلاقات وتفكك في الكثير من الجماعات في العصور الحديثة بوجه خاص (مكرم سمعان، 1964).

من هذا المنطلق يمكن إدراج مشكلة السلوك الانتحاري ضمن المسائل المعقدة التي تؤرق الباحثين في مجال الصحة العمومية، إذ تتحد فيها عوامل متعددة نفسية واجتماعية وعضوية ،فهو مشكلة اجتماعية من حيث فرط انتشاره في جميع الأوساط والفئات العمرية وتعاظمه لدى الشباب وارتباط ذلك بالارتفاع المطرد والمستمر والذي يشير إلى دالة اختلال في العلاقات الاجتماعية، أما من الناحية النفسية فهو يؤكد حدوث خلل على مستوى توافق الفرد وهشاشة الشخصية واضطراب شديد على مستوى الصحة النفسية، كما يعتبر عضويا لِتَدَخُّل العوامل البيولوجية وما يرتبط بها من تبدلات وتغيرات في كيمياء المخ .

ويظهر أن نسبة الانتحار تتصاعد منذ آخر الستينات ووصلت إلى نسب منذرة بالخطر والخوف، خصوصا عند فئة الشباب، إذ تجاوزت نسبة الانتحار 200% في فئة الأعمار 15-24 سنة، وهذا بسبب إفلاس المنتحرين من قدراتهم في التعامل مع المشكلات تعاملا تكيفيا (محمد الحجار، 1978). وبرغم أن الإحصاءات في الحوادث الانتحارية يعتمد على محاضر الاستجواب وشهادات

الوفاة التي قد لا تعكس نسبة الحوادث الحقيقية إلا أنه يمكـــن إدراج الانتحـــار ضمن أول عشرة أسباب الموت عند الكهول في المجتمعات الحضرية، ويشـــكل 10% من الوفيات بين عمر 25-34 سنة و30% من الوفيـــات عنـــد طـــلاب الجامعة، كما يعد السبب الثالث للموت عند المراهقين بشكل عام .وحوالي نسبة 70% من الانتحار التام يحدث بعد الأربعين حيث ترتفع النسبة بحدة بعد ســـن الستين خاصة لدى الرجال، كما أن حوالي 65% من محاولات الانتحار تحـــدث قبل الأربعين، وتشكل الفتيات المراهقات العازبات نسبة هامة مـــن محـــاولات الانتحار، والنسبة تكون أيضا مرتفعة عند غير المتزوجين في الثلاثـــين مـــن عمرهم (زياد عدوان، 1990) .

وتظهر الدراسات الابيدميولوجية أن الانتحار يعرف تعاظما في كل الدول وهذا ما ذهب إليه زياد عدوان (1990) حين أقر أن الانتحار يعد مشكلة صحة كبرى، فمنظمة الصحة العالمية who تقدر أن حوالي 1000 شـــخص يقتلـــون أنفسهم يوميا وأن الانتحار يصنف بين الأسباب الخمسة إلـــى العشـــرة الأولـــى المؤدية إلى الموت في أمريكا الشمالية ومعظم الدول الأوربية .كمـــا يضـــيف مورون (1994)Moron أن الشيء المؤكد هو أن الانتحار ظاهرة عالمية سواء من حيث انتشارها عبر الأزمنـــة أو الأمكنـــة، ويؤكـــد ويلمـــوت وآخـــرون (1986) Wilmotte et al أن المحاولات الانتحارية تعرف تزايدا خلال السنوات الأخيرة بشكل واضح ، وتشير الإحصائيات إلى أن هناك أزيـــد مـــن 35000 انتحار في أوروبا معظمهم من الشباب .كما أن المحـــاولات الانتحاريـــة قـــد وصلت حدا ملفتا للنظر وأصبحت مشكلة متعلقة بالصحة العقلية ولا أحد يملـــك الحل لهذه المعضلة.

وفي مصر كإحدى الدول العربية التي تعاني من هـــذه الظـــاهرة، فقـــد أسفرت دراسة سامي عبد القوي (1989) عـــن انتشـــار معـــدلات الانتحـــار

ومحاولته والتي ارتفعت بشكل كبير حيث وصلت نسبتها إلى 38 لكل 100 ألف في القاهرة بينما وصلت نسبة الانتحار الفعلي إلى 4 لكل 100 ألف.كما خلص إلى أن 60 % من محاولي الانتحار من الذين تتراوح أعمارهم بين 15-24 سنة بينما بلغت النسبة لدى طلاب الجامعة 10% . أما في تونس فيؤكد جوة سلامي و جواية (1997) أن الإحصائيات أثبتت مدى تطور وتفاقم نسبة الانتحار، إذ بلغ هذا القدر تقريبا ما تعانيه بعض البلدان الأوربية مثل اسبانيا وايطاليا، وهذا ناتج حسب الباحثين عن التطور الاجتماعي السريع الذي شهدته البلاد منذ الاستقلال، كما يؤكدان على أن معدل الانتحار في تونس حاليا يعادل 7.5 لكل 100 ألف، وبالنسبة للعمر يبقى أساسا مشكلة يعاني منها الشباب حيث أن 50 % منهم يتراوح عمرهم ما بين 15-25 سنة و80% منهم تقع ما بين 15-35 سنة. أما عن المحاولات الانتحارية فيظهر أيضا أن عددها في تزايد بحيث أن دراسة السبعينات تشير إلى أن هناك ما يقابل 3 أو 4 محاولات انتحارية لكل انتحار ناجح، أما حاليا فقد لوحظ أن نسبة محاولات الانتحار تفوق 9 مرات أرقام الانتحار بالنسبة لنفس الفترة .

كما تؤكد الدراسة التي قام بها مكتب الإنماء الاجتماعي وإدارة البحوث والدراسات بالكويت (2002) أن مخلفات الحروب التي عاشها المجتمع الكويتي جعلت المواطن يعيش وحيدا منعزلا عاجزا عن الدفاع عن نفسه ضد القوات المسلحة العراقية ... كل هذه العوامل تمثل ضغوطا نفسية شديدة نتيجة لصدمة العدوان، ونتج عنها آثار سلبية نفسية واجتماعية وتربوية، أكدتها عشرات الدراسات التي أجريت قبل وأثناء وبعد الحرب، ومن أهم هذه الآثار القلق والخوف والإحباط والاكتئاب وانهيار بعض الثوابت الاجتماعية وكذلك العدوانية واليأس والأسى وفقدان الاهتمام ...وغير ذلك من أعراض الاضطرابات الانفعالية والمعرفية والبدنية والسلوكية، الأمر الذي يمثل ظروفا نفسية

واجتماعية تتزايد معها احتمالات عدم الرغبة (أو القدرة) على مواصلة الحيـاة من خلال الإقدام على الانتحار .

هذا عن بعض النماذج من الدول التي نشرت بعض الأرقـام عـن هـذه الظاهرة والتي في معظمها تؤكد على خطر انتشار هذا السـلوك المضـطرب ،ولعل الإحصائيات التي تبرزها مختلف المصالح تشير إلى ظـاهرة اتسـعت لتشمل جميع الفئات الاجتماعية، الاقتصادية والشرائح العمرية ،و توحي هـذه الأرقام أيضا بأن عملية تصنيف المحاولات الانتحارية أضحى أمرا مستعصـيا لتداخل عدة عوامل فيه، بالإضافة إلى ما يتسبب فيه من نتائج على عدة أصعدة.

ويمكن أن ننظر للسلوك الانتحاري في الجزائر من خلال ارتباطه حسب بعض المحللين الاجتماعيين حسب بولحبال نوار مربوحـة (2004) باسـتفحال الأزمة الاقتصادية وانحراف الثقافة من جهة وتنصل المؤسسـات الاجتماعيـة المعنية بالتنشئة الاجتماعية عن أداء دورها بفعالية وقدرتها على إكساب الفـرد السلوك السوي من جهة أخرى.

وتُظهر دراسة بن الشيخ نور الدين (2004) أن نسبة الانتحار في الجزائر تأخذ في الارتفاع بشكل ملفت للانتباه وبصورة تدعو للقلق، ومع هذا الارتفـاع تعددت الفئات العمرية التي أقبلت وتقبـل علـى الانتحـار، إلا أنـه يـرى أن المنتحرين يتمركزون في الفئة العمرية بين 18-45 سنة، كما أسفرت دراسـته على أن الانتحار منتشر أكثر بين الرجال.

وما انتهى إليه يعطينا صورة واضحة عن تعـاظم الوضـع، رغـم أن دراسته شملت الشرق الجزائري فقط. ونظرا لافتقارنا للأرقام الدقيقـة بشـأن السلوك الانتحاري، الأمر المسجل على مستوى كل الدول، فإن أمر تقصي هذه الظاهرة يدعو لمزيد من البحث والتدقيق، وهذا ماصرح به قزافيـي بومـورو

(2005) Xavier Pommereau حين أقر أنه لحد الساعة لا توجد أي دولة تقــوم بعملية إحصاء تتبعية ودقيقة للمحاولات الانتحارية.

رغم هذا إلا أنه يبدو من الضروري البحث عن أسـلوب يمكننـا مـن الحصول على الأرقام التي تقترب من واقع الظاهرة، مبتعدين في ذلـك عـن أسباب الغموض والتجاهل المفضي للتفاقم أحيانـا فـي أعـداد المنتحـرين أو المحاولين الانتحار، وقد أشار عبد الوافي بوسنة (2004) إلى أحـد الأسـباب الكامنة خلف هذا الوضع موضحا أن محاولات الانتحار التي تمر عبر مصلحة الطب الشرعي أو مصلحة الإنعاش في المستشفيات لا يتبعها تصـريحات مـن طرف المعنيين عند خروجهم من المستشفى. وفي السياق نفسه يؤكد العلماء أن الإحصائيات الرسمية التي تخص الانتحار ومحاولة الانتحار غير مؤكـدة لأن البعد الاجتماعي الذي يحيط بهذه السلوكات في معظم المجتمعات يدفع العائلات والسلطات القضائية لاستنكار الواقع الحقيقي الدافع إلى الموت العمـدي، لكـن تبقى مصدرا مساعدا لكل سياسة وقائية، حيث يؤكد Canoui أنه بسبب الصدى النفسي والاجتماعي للانتحار على العائلة والمجتمع عموما، وعندما يكون شـك في سبب الموت فإن الميل لاعتبار الموت كحادث يعتبر تلقائيا، و ذلك لتجنيـب العائلة الصدمة الوجدانية، وهذا ما ينتج عنه عـدم التقـدير الصـحيح لنسـبة الانتحار.

وتؤكد مربوحة بولحبال نوار (2005) أن الأرقام المقدمة بهذا الخصوص غير دقيقة على اعتبار أن التمييز بين الموت بسبب الانتحـار وبـين المـوت لأسباب تفشي الجريمة وتدهور الظروف الاجتماعية مسألة في غاية الصـعوبة حسب بعض المختصين في ميدان التشريح والطب الشرعي في الجزائر .

يظهر من خلال هذا أن تناول هـذه الظـاهرة جعـل بعـض البـاحثين الجزائريين يوجهون تساؤلات كثيرة، يمكن التعبير عنها من خلال مـا أقرتـه

الباحثة بن شيخ فتيحة (2005) Bencheikh Fatiha في الملتقى الوطني حــول الانتحار في المجتمع الجزائري مصرحة " ماذا يمكن أن نقول حين يتعلق الأمر بمناقشة قضية في واقع خالي من الدراسات كما هو الحال في الواقع الجزائري ؟ " كما أشارت أنه لا توجد أية دراسة إبدميولوجية اهتمت بالموضوع .

ومع كل هذه الظروف التي تحيط بالانتحار والمحاولات الانتحارية إلا أن هناك أرقاما كشفتها إحصائيات عام 2000 في الجزائر والتي قامت بها مصالح المديرية العامة للحماية المدنية عن قيام مصالحها بالتدخل في 274 حالــة بــين انتحار ومحاولة الإقدام عليه.حيث سجلت 196 حالة عند الرجال و 56 حالة عند النساء كما سجلت 22 محاولة قام بها أطفال قصر، وهي ظاهرة جديدة مقارنــة بالسنوات الماضية .كما أبرزت الأرقام المسجلة حول الانتحار خلال كل أشهر سنة 2000 أن شهر جويلية عرف أكبر نسبة ب 34 حالة ثم مارس 31 حالة، ثم جوان 29 حالة بعد سبتمبر 28 حالة، أفريل 27 حالة، ماي 26 حالــة، أوت 22 حالة، ثم أشهر نوفمبر، فيفري، ديسمبر، أكتوبر على التــوالي 20-16-15-14 وأخيرا جانفي 12 حالة .

ومن جهته يؤكد هاروني موسى (2004) على أنه استنادا لمختبر فــايزر PFITZNER الذي قام بعرض نتائج أبحاثه مجموعة من المختصين السيكاتريين فإن حوالي مليون جزائري يعاني من اكتئاب مشخص سيكاتريا، والأسباب تعود لانتشار الإرهاب والفقر، كما يؤكدون أن 5-7% من المجتمع الجزائري (بتقدير 30 مليون نسمة) يعانون من حالة اكتئاب مزمنة، مرفقة بميول انتحارية، خاصة في المناطق التي تشهد تدهورا واضحا على المستوى الأمني، كما أن النساء هن أكثر عرضة لمثل هذه الاضطرابات. كل هذه الظروف ساهمت بشكل واضــح في ارتفاع عدد المنتحرين والمحاولين الانتحار.كما يؤكد أنه على سبيل المثــال في قسنطينة وحدها سجلت 346 محاولة انتحارية عام 2000. أما في الجزائــر

العاصمة يؤكد دائما نفس المصدر أن سنة 2000 تم تسجيل 274 محاولة انتحارية وهذا حسب مصالح الحماية المدنية موزعة بين الجنسين.كما ذهبت بن شيخ فتيحة (2005) Bencheikh Fatiha إلى أن الانتحار في تعاظم على مستوى الجزائر حيث تشير الإحصائيات الواردة من مصالح الدرك الوطني إلى أنه في العشر سنوات الأخيرة تم تسجيل 4411 حالة انتحار ومحاولة انتحارية، من بينها 3342 حالة انتحار، موزعة بين 2500 ذكر و 842 أنثى، 1069 محاولة انتحارية موزعة بين 454 ذكر و615 أنثى.

تكشف لنا إذن كل هذه الإحصائيات عن وجود ظاهرة أصبحت منتشرة ضمن كل الأوساط وكل الفئات والشرائح العمرية، وهي في الحقيقة تؤكد على وجود اختلال ما، يمكن أن ننظر إليه من زوايا متعددة، نفسية، اجتماعية واقتصادية ... ولكن ما تحاول الدراسة الحالية تناوله هو محاولة الكشف عن الخصائص النفسية والمعرفية التي تجمع بين فئة المحاولين الانتحار، لعل ذلك يمكّن في الأخير من فهم الظاهرة وآليات حدوثها ، منطلقين من فكرة أن الانتحار يعتبر دلالة على اختلال تكامل الشخصية واضطراب صحتها النفسية من جراء ما يعانيه الشخص من تناقضات بين حقوقه والتزاماته أو بين إمكاناته الشخصية والاجتماعية وبين توقعات الآخرين التي تَمَثَّلَهَا في نفسه وأثر كل هذا على إضعاف الأنا وقدرته على تبصر الواقع بكل إمكاناته (زياد عدوان، 1990).

تؤكد الملاحظات الأولى التي انتهت إليها الدراسات الخاصة بالانتحار والمحاولات الانتحارية في الجزائر أن الأشخاص المحاولين الانتحار يقعون ضمن فئة عمرية هامة وهذا ما أسفرت عنه دراسة جهيدة زرزوني (2004) التي أشارت أن أفراد عينة دراستها والمحاولين للانتحار يصل متوسط عمرهم 22 سنة. ومن جهتها تؤكد بن شيخ فتيحة (2005) Bencheikh Fatiha أن

الانتحار والمحاولات الانتحارية تعتبر أكثر شيوعا لدى الشريحة العمرية 20-40 سنة. أما من حيث الجنس فتشير دراسة جهيدة زرزوني (2004) أن الإناث أكثر إقبالا على المحاولة الانتحارية بنسبة 53.84% بينما الانتحار الفعلي مرتفع عند الذكور.

ومن حيث أسباب الانتحار فيظهر أن الأمر يعد صعبا في تحديد الأسباب الفعلية لهذا السلوك وهذا بسبب تعقد عوامله وتفاعلها مع بعض، ومن جملة الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى الانتحار أو الشروع فيه الكوارث المالية والمرض الجسمي، الغرام، الحزن والخوف من العار، الشقاق العائلي، الفقر، كما وجد أن نسبة الانتحار عالية بين العاطلين عن العمل والذين لا تتوفر لديهم الطمأنينة في عمل مستقر ومنظم (ناجي الجيوشي، دون سنة).

أما زياد عدوان (1990) فيؤكد أن الازدحام والبطالة والسكن الرديء وتعاطي المخدرات والكحول وارتفاع معدل الإجرام والترحال كلها تترافق مع النسب العالية للانتحار. يضيف Haim (نقلا عن Wilmotte et al 1986) أن السبب الكامن خلف أي محاولة انتحارية يرتبط بالأحداث الحياتية كالفشل في العلاقات الزوجية أو العاطفية، الإفلاس، فقدان شخص عزيز ... ولكنه يؤكد أنه لا يوجد أسباب فعلية، وإلا كان أغلب أفراد المجتمع يقبلون على الانتحار .

هكذا يظهر أن جملة من الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والنفسية تؤثر بشكل واضح على الصحة النفسية وتساهم في نشأة السلوك الانتحاري. ولكن يمكن أن نتساءل لماذا لا يقبل جميع الأفراد الذين يعيشون تحت نفس الظروف على الانتحار أو محاولته ؟ و يمكن الإجابة على هذا التساؤل من خلال البحث في ثنايا الشخصية للكشف عما يمكن أن يكون سببا مباشرا أو غير مباشر في هذا السلوك.

وهذا ما يذهب إليه ريش وآخرون (1992) Rich & al حين يؤكد أن المتغيرات التي يمكن أن تدخل في تفسير الانتحار والسلوك الانتحاري كثيرة ولكن يمكن الإشارة لها والنظر من خلال النوع والسلالة، المشاكل العائلية والاكتئاب واليأس، الشعور بعدم القيمة والصراع بين الأشخاص بالإضافة إلى العزلة الاجتماعية، إلى جانب سوء استخدام العقاقير والكحول .كما يمكن إضافة متغير مهم وهو الأحداث الضاغطة.

من جهته يرى حسين فايد –أ– (2001) أن التقدم التكنولوجي السريع والضغوط الاقتصادية الشديدة التي يتميز بها العصر الحالي جعل الانتحار ظاهرة سلوكية واسعة الانتشار، تكاد تشمل العالم بأسره، وذلك نتيجة الاحباطات التي يقابلها الأفراد وعجزهم عن ملاحقة هذا العصر –سواء مباشرة أو غير مباشرة– مما يشعرهم بالاكتئاب واليأس ويدفعهم إلى التفكير في الانتحار. كما قد يؤدي الشعور القهري بالعزلة والاغتراب حسب محمد مياسة (1972) إلى تنمية الدوافع والميول الانتحارية، وهذا لما لهذا الشعور من أثار على اختلال الشخصية بكاملها، كما لوحظ أن الشعور بالعزلة يعتبر قاسما مشتركا بين كل حالات الانتحار.

من حيث الأسباب النفسية الكامنة خلف الانتحار والمحاولات الانتحارية يظهر أن جملة البحوث المهتمة بهذا السلوك تؤكد على عدة أسباب ذكرنا بعضا منها فيما تقدم ولكن معظم الدراسات النفسية الحديثة حاولت أن تستقصي الأسباب الفعلية التي يمكن أن تكون دافعة لهذا السلوك، ولعل أهم سبب من ضمن الأسباب الرئيسية التي أسفرت عنها الدراسات وجود عامل ضغط عالي لدى هذه الفئة أو ما يسمى بمستويات إدراك الضغط المرتفعة، إذا لا يعتبر مصدر الضغط كافيا لوحده كي تعتل الصحة النفسية والجسمية بقدر ما تؤثر طريقة تقييم الأفراد وإدراكهم لمصادر الضغط.

ويمكن القول أن الضغوط بكل أنواعها هـــي نتـــاج التقـــدم الحضـــاري المتسارع الذي يؤدي إلى إفراز انحرافات تشكل عبئا على قدرة ومقاومة الناس فـــــــــــي التحمـــــــــــل (ســـــــــعد الإمـــــــــــارة، 200 -ب-)، وإذا كانت الضغوط تعتبر حالة سلبية في الوهلـــة الأولـــى إلا أنهـــا ضرورية فهي تزيد من احتمال مقاومة الأمراض كما أنهـــا تضـــيف تغيـــرات مختلفة إلى الخبرات بهدف الوصول إلى قدرات أفضل، وعلى الرغم من ذلك فإنه إذا زادت الضغوط عن حدود قدرات الفرد مع عدم قدرته على التكيف معها بسرعة وكفاءة مناسبة سيكون لها تأثير عكسي على الحياة الجســمية والنفســية والاجتماعية والعقلية (حسن عادل علي، 1995).

وتعتبر الضغوط تحدي عوامل غير سارة لطاقة التأقلم والتكيف للفـــرد والتي تعتمد على كمية الشدة أو الانعصاب اللازمة لنشأة الأمراض النفسية على تكوين واستعداد الفرد (أحمد عكاشة، 1986)

ولا ريب أن لكل فرد رغبات قد تتعارض مع البيئة مما يجعـــل الفـــرد يعيش حالة من الضغط، ولكن لكل فرد أسلوبه في حل المشكلات والتغلب على المواقف المؤلمة، إذ يوجد من يستسلم وينسحب من الموقف وهناك من يلجأ إلى المواجهة وهذا ما يسمى باستراتيجيات التعامل مع الضغوط التي تتفـــاوت فـــي درجات فعاليتها.

ومن المتغيرات المهمة التي تحدد استجابة الإنسان للضغوط الواقعة عليه إدراكه لهذه الضغوط، إذ أن رد الفعل الذي يصدر عن الأفراد يعتمد على كيفية تفسير الفرد أو تقييمه لأهمية الخطر أو التهديد الذي يواجهه، وتقييم هذا الخطر ليس مجرد إدراك بسيط لعناصر الموقف ولكنه حكم واستدلال يتم فيـــه جمـــع البيانات لتشكيل الأفكار والتوقعات وأي تغير في عنصر ما، كخلفيـــة الموقـــف

الذي تم فيه إدراك المثير، يمكن أن يغير بقوة من تفسير الشخص للموقف (وليد خليفة، مراد سعد، 2008).

ولا تؤثر طريقة إدراك الفرد للضغط دون تدخل متغيرات أخرى ترتكز أساسا على استراتيجيات التعامل، فكل الناس يتعرضون للضغط ولمصادره المختلفة لكن الفرق بينهم يكمن في أساليب التعامل واستراتيجيات التسوية. وتجدر الإشارة إلى أنه لا توجد إستراتيجية واحدة تكون فعالة في كل المواقف الضاغطة ويستخدمها الأفراد في التغلب على كل حدث طاغ يواجههم في حياتهم، غير أن البحوث تشير إلى أن استراتيجيات التعامل المركزة على المشكلة في مواجهة الضغوط تكون أكثر فاعلية من استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال .بل إن هناك من يشير إلى أن فاعلية كل من هذين النوعين من الاستراتيجيات لا يعتمد فقط على نوعها بل أيضا في سياق الموقف و المصادر الشخصية المتاحة لدى الفرد وذلك من حيث أن كلا من التقييم المعرفي واستراتيجيات التعامل يتوسط العلاقة بين الضغط وعملية التسوية طبقا لنموذج لازاروس وفولكمان Lazarus ,Folkman عن الضغوط (طه حسين ، سلامة حسين، 2006).

ومن هنا يظهر أن لشخصية الفرد دور أساسي في علاقتها بمصادر الضغط فالاهتمام ينحصر في دور الاستعداد الشخصي في التعامل مع هذه المصادر وانعكاسها على الصحة البدنية والنفسية للفرد، وبهذا الصدد يتفق الباحثون في هذا المجال على أن شخصية الفرد لها دور في نوعية الاستجابة لمصادر الضغوط.

وهكذا يظهر أن شخصية الفرد تعد عاملا وسيطا أو متداخلا (intervening variable) تخفف أو تزيد من وطأة الموقف السلبي (الضغط) على الفرد. وفي ضوء اختلاف شخصيات الأفراد فإنهم يختلفون في ردود فعلهم

للمواقف الضاغطة. وهذا ما يؤكده ويليام أوسلر william osler مشيرا إلـــى أن صفات المريض وشخصيته وليس نوع المرض هو العامل الحاسم في التعامـــل عند الإصابة بأحد الأمراض الخبيثة، فهناك من ينهار ويفقـــد الأمـــل مـــن أول لحظة يصل إلى أسماعه خبر إصابته بمرض عضال، وفي الوقت نفسه هنـــاك من يتعامل مع خبر مماثل برباطة جأش وبدرجة من الثقة والتفـــاؤل والإيمـــان بالتغلب على المرض، وعليه فإن السمات أو الصفات الشخصـــية لهـــا علاقـــة بنوعية الاستجابات السلوكية للمواقف المختلفة (علي عسكر، 2003).

ويقرر سيلي (1987) أنه عندما يكون المرء بلا ضغوط فإن هذا يعنـــي الموت، ولكن شدة الضغوط والتعرض المتكرر لها وما يترتب عليه من تأثيرات سلبية كالفوضى والارتباك في حياة الفرد والعجز عن اتخاذ قرارات وتنـــاقص فعالية سلوكه وعجزه عن التفاعل مع الآخرين وظهـــور أعـــراض لأمـــراض جسمية... وغير ذلك من نواحي الاختلال الوظيفي، فإن هـــذا يعنـــي أن تلـــك التأثيرات السالبة مرتبطة باعتلال الصحة النفسية (عن حسن عبـــد المعطـــي، 2006).

يضيف باترسون (1997) Paterson أن الأفراد ليســـوا دائمـــا ضـــحايا مستسلمين وسلبيين للمواقف الضاغطة التي يواجهونها، فهم عادة يحاولون تقليل أو تخفيف الضغوط بواسطة التفكير والشعور أو السلوك بطرق محددة، بمعنـــى مواجهتها، وما يجعل موضوع المواجهة موضوعا هاما لعلماء الـــنفس هـــو أن الأفراد يواجهون الضغوط بطرق متنوعة، بعضها فعال ناجح والبعض الآخـــر غير ذلك.

إلا أن استمرار مصادر الضغط وعدم فعالية الاستراتيجيات المتبناة مـــن قبل الفرد وفشل هذه الأساليب في مواجهة المواقف الضاغطة تؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات الجسمية والنفسية وهي التـــي تقابـــل مرحلـــة الإنهـــاك –

المرحلة الأخيرة لزملة التكيف العام عند سيلي – حيث فشل مرحلة المقاومة يؤدي إلى المرض الجسمي أو النفسي وأحيانا الوفاة (بشرى إسماعيل، 2004).

من جهته يؤكد كيمبل (1990) Kimble (نقلا عن بشرى إسماعيل، 2004) أن الفرد يظهر عرضا أو أكثر من أعراض الضغوط إذا فشلت جهود المقاومة، والأعراض الأولية للضغوط سلبية التأثير، جسمية الاستثارة، تعوق المهام والوظائف المعرفية وتفرز هرمونات الضغط... والآثار السلبية مفهوم عام يشمل الضيق والقلق والاكتئاب والأعراض الجسمية مثل الصداع، أما الأعراض الثانوية للضغط فهي تشتمل على الأمراض الجسمية والأنماط السلبية من السلوك الاجتماعي مثل العدائية والعدوانية، والإيماءات اللفظية مثل الارتجاف والباثولوجيا الاجتماعية، وهي تشير إلى المشكلات العيادية مثل معدلات الانتحار وغيره.ومن بين انعكاسات الضغط على الصحة النفسية ميل بعض الأفراد ربما بسبب فشل أساليب تعاملهم مع الضغوط إلى محاولة الانتحار أو التفكير فيه والتخطيط له وربما نجاح البعض فيه، ولهذا يشير حسين فايد (2001) –أ– إلى أن الانتحار ظاهرة ازداد تواترها في هذا العصر المحمل بالأعباء والضغوط التي لا يمكن تحييدها بسبب تعقد الظروف الاجتماعية والاقتصادية والطموحات الشخصية، خاصة لدى جيل الشباب.

وحسب واد و ترافيس (1987) Wade ,Travis قد تجعل أحداث الحياة الضاغطة الفرد عرضة للانهيار والوقوع فريسة للأمراض الجسمية والنفسية، كما أن الشعور بانعدام القوة وقلة التحمل وعدم القدرة على التحكم في الأحداث والمشكلات هي مسببات أيضا للمرض الجسمي والنفسي، فالناس يمكن أن يتحملوا سنوات من الضغوط إذا شعروا بأنهم يتحكمون في الأحداث أو على الأقل يتنبئون بها وأن الناس عندما يعرفون بأنهم سوف يقدمون على فترة

ضاغطة أو يعيشون في بيئة ضاغطة فإنهم يتخذون خطوة لتخفيض ذلك (حسن عبد المعطي 1992).

كما يؤكد وينمان (1981) (نقلا عن بشرى إسماعيل، 2004) أنه إذا فشلت استراتيجيات التعامل المختلفة يبدأ الفرد في الشـــعور بفقـــدان الأمـــل واليـــأس والعجز، حيث يرى أن الموقف يصعب عليه حله، ويتزايد هذا الشعور وبأنه لا يمكنه التحكم أو السيطرة في أحداث الحياة، ومن المحتمل أن يؤدي هذا الشعور باليأس والعجز إلى ظهور المشاعر الاكتئابية والتي إن زادت تؤدي إلى الأفكار وأحيانا إلى الأفعال الانتحارية، حيث اســـتنتج لازاروس Lazarus (1986) أن القلق والاكتئاب والغضب هي نتيجة لفشل أساليب التعامل مع الضغوط.

ويظهر أن من بين انعكاسات استمرارية معايشة الضغط النفسي ظهـــور اضطرابات إذا ترافقت مع بعض المميـــزات الشخصـــية والمعرفيـــة ظهـــرت المحاولة الانتحارية أو الانتحار، ومن بين أهم هذه المميزات علـــى الإطـــلاق حسبما يؤكد عليه التراث السيكولوجي الاكتئاب الـــذي يعـــد عـــاملا أساســـيا وجوهريا كشفت عنه حتى الدراسات الحديثة – دراســـات بيـــك وآخـــرون – وربطته بمتغيرات أكثر جوهرية، اعتبرناها متغيرات قوية كمنبئات للانتحار في دراستنا الحالية .

وقد أطلق المراقبون وصف مرض العصر على الاكتئاب بسبب الانتشار المتزايد لهذا المرض في كل المجتمعات بصورة غير مسبوقة، وتؤكد الأرقـــام التي وردت في تقارير منظمة الصحة العالمية والتي تشير إلـــى أن 7% مـــن سكان العالم يعانون من الاكتئاب الذي يعتبر أحـــد أكثـــر الأمـــراض النفســـية انتشارا، وتشير إحصائيات حديثة إلى أن 18–30 % من البشر يصيبهم الاكتئاب في فترة من فترات حياتهم، وهذا يعني أن واحدا من كل ثلاثـــة قـــد يصـــاب بالاكتئاب، ويعني أيضا أن أكثر من بليون إنسان في العالم يعاني من الاكتئاب،

ومن المؤشرات التي تدل على طبيعة وحجم مشكلة الاكتئاب ما تؤكده الدراسات من أن نسبة كبيرة من مرضى الاكتئاب (نحو 80%) لا يتم التعرف عليهم أو علاجهم ويظلون في حالة معاناة لسنوات طويلة و 15% من الحالات يذهبون للعلاج لكنهم لا يعلمون أيضا أن الاكتئاب هو سبب معاناتهم، فيتجهون إلى الأطباء الممارسين في تخصصات الطب الباطني وغيره ولا يتم علاجهم نفسيا، ونسبة 3% فقط من مرضى الاكتئاب يذهبون لطلب العلاج عند الأطباء النفسيين، أما بقية مرضى الاكتئاب نحو 2 % فإنهم يقدمون على الانتحار، وهذا مؤشر آخر على خطورة وأهمية الاكتئاب الذي يعتبر السبب الأول للانتحار، حيث قدرت منظمة الصحة العالمية أن 800 ألف يقدمون على الانتحار كل عام من أنحاء العالم (لطفي الشربيني، 2003).

من جهته يؤكد محمود حمودة (1990) أن الاكتئاب يعتبر من أهم العوامل المرتبطة بالانتحار حيث يعد من التشخيصات النفسية المرتبطة بالانتحار، إذ أن المكتئب شخص محبط ورافض للحياة، وينتحر حوالي 15% ممن لديهم اكتئاب شديد وبين المنتحرين لوحظ أن 80% منهم كانوا يعانون من الاكتئاب، كما لوحظ أن 25 % من المنتحرين كانوا مدمنين، حيث أن إدمان بعض المواد يطلق التثبيطات لدى المرضى المكتئبين فيجعلهم يقدمون على الانتحار. وتدور الأفكار السوداء في ذهن مريض الاكتئاب فيفكر في المستقبل بيأس شديد ولا يرى في الحاضر إلا المعاناة والإحباط، وينظر إلى الماضي نظرة سلبية فيتجه إلى لوم نفسه وتأنيبها على أخطاء وأحداث مضت عليها أعوام طويلة، ويصل التفكير في المستقبل المظلم والحاضر الذي لا يحتمل والماضي المؤلم ببعض مرضى الاكتئاب إلى حالة من القنوط واليأس الشديد، ما يدفعهم لاحقا إلى التفكير في الانتحار، حيث يتخيل مريض الاكتئاب في بعض الأحيان أن الحياة أصبحت عبئا لا يمكن احتماله ولا أمل في أي شيء والحل الوحيد من وجهة

نظره هو أن يضع بنفسه حدا لحياته. ويعتبر الاكتئاب الحاد سببا رئيسيا للانتحار في 85% من الحالات وتصل معدلات الانتحار في الدول الغربية 40 ألف لكل 100 ألف من عدد السكان، بينما لا تزيد عن 4 لكل 100 ألف في المجتمعات العربية والإسلامية (لطفي الشربيني ،2003).

وقد أكدت جهيدة زرزوني (2004) في دراستها التي وسمتها " الخلفية السوسيو نفسية للانتحار " (والتي عرضت ضمن فعاليات الملتقى الوطني الأول حول " الانتحار في المجتمع الجزائري " 2004 بجامعة منتوري – قسنطينة) على دور العوامل النفسية في الانتحار ومحاولة الانتحار حيث توصلت في دراستها إلى أن الاكتئاب له دور فعال في الإقدام على المحاولة الانتحارية لدى أفراد عينة دراستها وقدرت نسبة المشخصين بدقة على أنهم اكتئابيين ب 69.23% .

وتؤدي التوقعات السلبية إلى الانفعالات المميزة للاكتئاب والحزن والإحباط، التبلد، فضلا أن الشخص المكتئب حين يقوى فيه الإحساس بالتورط في موقف بغيض ومشاكل عصيبة تتبدد دافعيته التلقائية البناءة، وربما غلبه ميل قاهر إلى الهرب من هذه الحالة غير المحتملة عن طريق الانتحار(آرون بيك، 2000).

وبالرغم من قوة العلاقة بين الانتحار والاكتئاب إلا أن الاكتئاب لا يؤدي دائما وبالضرورة إلى أفكار وأشكال انتحارية، وهذا ما أشار إليه عبد الحكيم العفيفي (1990) حين أقر أن الدراسات تشير إلى أنه لا يمكن اعتبار كل المكتئبين ينتحرون، وهذا أيضا ما يفسره لوينسون وآخرون (1996) Lewinson et al حين ذهب إلى أن 40% من المراهقين ذوي الاكتئاب المشخص سيكاتريا لا يقرون تفكيرا انتحاريا. ويقدر شافير وباكون (1989) Shaffer ,Bacon أن في كل 600 مراهق مكتئب من الذكور يوجد فرد واحد فقط هو الذي يقوم

بمحاولة انتحار وقد يرجع ذلك إلى وجود متغيرات أخرى تتفاعل مع الاكتئاب لزيادة احتمال القيام بمحاولة الانتحار ومن هذه المتغيرات اليأس وضغوط الحياة وانخفاض المساندة الاجتماعية وضعف القدرة على الحل الفعال للمشكلات (حسين فايد –أ– 2001).

وإن كان الاكتئاب يعتبر أقوى منبئ لتصور الانتحار عن المتغيرات الأخرى إلا أن هذا قد أثار جدلا كبيرا بين الباحثين حيث أنه لابد أن يصاحب اليأس الاكتئاب حتى تزداد احتمالية وقوع الانتحار، وبالتالي كلما كان اليأس ملازما للاكتئاب وتفاعل معه فإن هذا من شأنه أن يزيد درجة الانتحار بشكل أكثر .وهذا ما أقره كل من سالتر وبلات (1990) Salter, Platt حيث أكدا على أهمية عنصر اليأس لدى الشخص المكتئب، ويعد حسب رأيهما السبب الرئيسي الذي يجعل المكتئب يقدم على الانتحار، ويؤكدان على أن الدراسات التي قاما بها والتي اطلعا عليها تُظهر أنه ليس كل الأفراد المكتئبين يقدمون على الانتحار إلا إذا توفرت لديهم مشاعر اليأس (حسين فايد –ب– 2000).

نفس الرأي يذهب إليه بيك وآخرون (1985) Beck et al حيث يؤكدون على أن اليأس الذي تم تحديد مفهومه إجرائيا وفق ما يتماشى مع مقياس اليأس لبيك Beck (B.H.S) والذي يعتبر أن التوقعات السلبية المتعلقة بالمستقبل لا تعتبر أبدا متغيرا وسيطا يساهم في فهم العلاقة التي تربط بين الاكتئاب والانتحار، ولكنه في الحقيقة يمكن القول أنه أفضل منبئ للانتحار خاصة ذلك الذي يتم بنجاح. وهذا ما يقره أيضا يونج وكلوم (1994) Young، Clum حيث اعتبرا أن اليأس يصلح كعامل معرفي يؤثر في الأعراض الاكتئابية بطريقة مباشرة ويؤثر في التفكير الانتحاري بطريقة غير مباشرة (حسين فايد –أ– 2001).

وما يمكن أيضا أن يضاف عن موضوع الانتحار والمحاولات الانتحارية هو ما يسمى بسلوك العود، حيث أن أغلب المحاولين للانتحار يكـــررون هـــذا السلوك أكثر من مرة، مما يشير إلى خطورة الحالة النفسية والعقليـــة لهـــؤلاء الأفراد، ويعود هذا الوضع لأسباب عدة منها سوء التشخيص أو عـــدم وجـــود قائمين أكفاء يتابعون هذه الشريحة محاولين بذلك دحض الأفكار والتصـــورات المرتبطة بالموت ....، وبالتالي تبقى خطورة تكرار المحاولة قائمة و ثابتة .

بل من بين المشكلات التي تطرحها المحاولات الانتحارية هـــي تكـــرار المحاولة التي تشكل خطرا كبيرا ومهددا، حيث تشير الدراسات الميدانية إلى أن أكثر من ثلث 3/1 حالات محاولات الانتحار هي حالة معـــاودة، كمـــا توضـــح الملاحظات الميدانية أن احتمالية معاودة السلوك الانتحـــاري وتكـــراره يكـــون مرتفعـــــا خـــــلال 12 شـــــهرا المـــــوالي للمحاولـــــة الســـــابقة (Xavier Pommereau , 2005). وفي هذا السياق تؤكد المنظمـــة العالميـــة للصحة على أن 20–30% من المحاولين الانتحار يعاودون المحاولة خـــلال 12 شهرا (Wilmotte et al 1986)، كما يرى كل من ديانا هيلز، روبرت هيلـــز (ترجمة عبد العلي الجسماني 1990) أن 10% ممن كانوا قد حاولوا في الماضي من حياتهم قتل أنفسهم، أقدموا في خاتمة المطاف على تنفيذ مـــأربهم، ونفـــس الرأي يذهب إليه فخري الدباغ (1986) الذي يؤكد أن من بين محاولي الانتحار من يعاود المحاولة أكثر من مرة وقلة منهم ينجحون في الانتحار التـــام بعدئـــذ وهذا بنسبة 10% وأغلبهم من المدمنين على الكحول. كما يؤكد محمد الحجـــار (1998) أن ما يقرب واحدا من أصل خمســـة أشـــخاص يحـــاولون الانتحـــار يكررون المحاولة الانتحارية في غضون مدة سنة، وأن واحدا من أصل عشرة تنجح المحاولة الانتحارية في الانتهاء إلى الموت.

يتضح مما تقدم أن ضغوط الحياة وتعقيداتها وفشل أساليب التعامـل، قـد تجعل الفرد عرضة للاكتئاب، وقد تتزايد مشكلة الفرد لحد لا يطاق فيفقد الأمل في الحياة ويغمره اليأس، وقد تراوده أفكار انتحارية قد تدفع به لمحاولة الانتحار أو معاودة المحاولة لدى البعض الآخر، وعليه يمكن حصر مشـكلة الدراسـة الحالية في التساؤلات التالية :

هل هناك علاقة دالة إحصائيا بين درجة إدراك الضغط النفسي واستخدام مختلف استراتيجيات التعامل لدى محاولي الانتحار؟

1 - هل هناك علاقة دالة إحصائيا بـين درجـة إدراك الضـغط النفسـي والشعور بالاكتئاب لدى محاولي الانتحار ؟
2 - هل هناك علاقة دالة إحصائيا بـين درجـة إدراك الضـغط النفسـي والشعور باليأس لدى محاولي الانتحار ؟
3 - هل هناك علاقة دالة إحصائيا بين درجة الاكتئاب والشعور باليـأس لدى محاولي الانتحار ؟
4 - هل هناك علاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامـل ودرجـة الشعور بالاكتئاب لدى محاولي الانتحار ؟
5 - هل هناك علاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامـل ودرجـة الشعور باليأس لدى محاولي الانتحار؟
6 - هل هناك فروق دالة إحصائيا بين درجة إدراك الضغط النفسي لـدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس ؟
7 - هل هناك فروق دالة إحصائيا في درجة إدراك الضغط النفسي وفقـا لمتغير عدد محاولات الانتحار؟
8 - هل هناك فروق دالة إحصائيا في درجـة الشـعور بالاكتئـاب لـدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس ؟

9 - هل هناك فروق دالة إحصائيا في درجة الشعور باليأس لدى محـــاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس ؟

10 - هل هناك فروق دالة إحصائيا في درجـــة الشـــعور بالاكتئـــاب لـــدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد محاولات الانتحار ؟

11 - هل هناك فروق دالة إحصائيا في درجة الشعور باليأس لدى محـــاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات لصالح المحاولين الانتحار لأكثر من مرة ؟

12 - هل هناك فروق دالة إحصائيا في اســـتخدام مختلــف اســـتراتيجيات التعامل لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس ؟

13 - هل هناك فروق دالة إحصائيا في استخدام مختلف استراتجيات التعامل لدى محاولي الانتحار وفقا لعدد المحاولات ؟

الفرضيات

الفرضيات :

1 – هناك علاقة دالة إحصائيا بين درجة إدراك الضغط النفسي واستخدام مختلف استراتيجيات التعامل لدى محاولي الانتحار، حيث :

1 – 1 – هناك علاقة سالبة ودالة إحصائيا بين درجة إدراك الضغط النفسي واستخدام استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل لدى محاولي الانتحار.

1 – 2 – هناك علاقة موجبة ودالة إحصائيا بين درجة إدراك الضغط النفسي واستخدام استراتجيات التعامل المركزة على الانفعال.

2 – هناك علاقة موجبة ودالة إحصائيا بين درجة إدراك الضغط النفسي والشعور بالاكتئاب لدى محاولي الانتحار.

3 – هناك علاقة موجبة ودالة إحصائيا بين درجة إدراك الضغط النفسي والشعور باليأس لدى محاولي الانتحار.

4 – هناك علاقة موجبة ودالة إحصائيا بين درجة الاكتئاب والشعور باليأس لدى محاولي الانتحار.

5 – هناك علاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل ودرجة الشعور بالاكتئاب لدى محاولي الانتحار.

5–1– هناك علاقة سالبة ودالة إحصائيا بين استخدام استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل ودرجة الشعور بالاكتئاب لدى محاولي الانتحار.

5– 2 – هناك علاقة موجبة ودالة إحصائيا بين استخدام استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال ودرجة الشعور بالاكتئاب لدى محاولي الانتحار.

6 – هناك علاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل ودرجة الشعور باليأس لدى محاولي الانتحار.

6– 1 – هناك علاقة سالبة ودالة إحصائيا بين استخدام استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل ودرجة الشعور باليأس لدى محاولي الانتحار.

6- 2- هناك علاقة سالبة ودالة إحصائيا بين استخدام اســتراتيجيات التعامــل المركزة على الانفعال ودرجة الشعور باليأس لدى محاولي الانتحار.

7 – هناك فروق دالة إحصائيا في درجة إدراك الضغط النفسي لــدى محــاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس لصالح الإناث.

8 – هناك فروق دالة إحصائيا في درجة إدراك الضغط النفسي لــدى محــاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد محاولات الانتحار لصالح المحاولين الانتحار لأكثــر من مرة.

9 – هناك فروق دالة إحصائيا في درجة الشــعور بالاكتئــاب لــدى محــاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس لصالح الإناث.

10- هناك فروق دالة إحصائيا في درجة الشعور باليأس لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس لصالح الإناث.

11 – هناك فروق دالة إحصائيا في درجة الشعور بالاكتئــاب لــدى محــاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات لصالح المحاولين الانتحار لأكثر من مرة .

12 - هناك فروق دالة إحصائيا في درجة الشعور باليأس لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات لصالح المحاولين الانتحار لأكثر من مرة.

13- توجد فروق دالة إحصائيا في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل لــدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس.

14 – توجد فروق دالة إحصائيا في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل لــدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات.

14 – 1 – يستخدم محاولوا الانتحار مرة واحدة استراتيجيات تعامل مركزة على المشكل مقارنة بالمحاولين لأكثر من مرة.

14-2- يستخدم محاولوا الانتحار لأكثر من مرة استراتيجيات تعامــل مركــزة على الانفعال أكثر من محاولي الانتحار مرة واحدة.

تحديد المفاهيم

- **تحديد المفاهيم :**
- **الانتحار والمحاولة الانتحارية :**

يعد الانتحار تعاطي ذاتي للموت وبشكل إرادي للتحرر من وضع أصبح غير محتمل (Sillamy, 1966) .

أما المحاولة الانتحارية فهي عمل انتحاري لم يفض للموت ، وذلك بسبب أن النية في قتل النفس كانت ضئيلة ، فمعظم الذين يحاولون الانتحار مترددون في رغبتهم في الموت ، فيمكن أن تكون المحاولة نتيجة الرغبة القوية في الحياة والرغبة في بث رسالة لطلب المساعدة (زياد عدوان ، 1990).

- **إدراك الضغط :**

أقـــر لازاروس وفولكمـــان (1984) Lazarus ,Folkman أن العامـــل الضاغط ليس هو الذي يثير استجابة الضغط وإنما إدراك الفرد للحدث أو العامل الضاغط (هل هو مؤذي أم مهدد أو خطر) هو الذي يحدد استجابته .فإذا أدرك عدم وجود تهديد لا تحدث الاستجابة ، لكن إذا أدرك أن الحدث مؤذي ومهدد أو لا يملك قدرة المواجهة هنا تظهر استجابة الضغط فهي نتيجة فقدان التوازن بين المتطلبات الداخلية والخارجية وقدرات الفرد للمواجهة وعليه فالطريقـــة التـــي يدرك بها الفرد الضغوط وأساليب مواجهته لها ، هي التي تؤثر علـــى صـــحته النفسية والجسدية والاجتماعية .

- **استراتيجيات التعامل :**

تعرف إستراتيجية التعامل Coping Strategy بأنهـــا سلســـلة مـــن الأفعال وعمليات التفكير التي تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار ، أو في تعديل استجابات الفرد لمثل هذا الموقف (حسن عبد المعطي ،2006) .

و يعرف لازاروس وفولكمـــان (1984) Lazarus , Folkman أســـاليب التعامل أنها كل الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار والتي يتخـــذها الفرد في إدارة مطالب الموقف ، والتي تم تقديرها من جانب الفرد على أنهـــا مرهقة وشاقة وتتجاوز مصادره وإمكاناته.

- **الاكتئاب :**

يعرف بيك (1979) Beck الاكتئاب على أنه حالـــة نفســـية تـــرتبط بأنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية تتضمن الاتجاه السلبي للشـــخص نحـــو النظرة للحاضر والمستقبل ، فالأشخاص اليائسون يعتقدون أن لاشيء يمكن أن يتحول ليكون في صالحهم وهذا بسبب عجزهم عن النجاح في أي عمل يقومون به وعجزهم عن تحقيق أهدافهم.

كما ينظر للاكتئاب على أنه مجموعة من الأعراض المتزاملة التي تتحدد في ضوءها صورة الاكتئاب الرئيسي ، وتشمل المزاج الكدر وفقدان الاهتمـــام والمتعة في معظم أو كل النشاطات المعتادة ، ويشتمل على اخـــتلالات الشـــهية للطعام ، تغير في الوزن ، مشاعر عدم الأهمية أو الذنب ، صعوبة التركيز أو التفكير ، وأفكار حول الموت أو الانتحار أو المحاولات الانتحارية (محمد عبـــد الرحمان ،1998) .

يعتبر الاكتئاب نظرة المتشائمة إزاء المستقبل ، إلى جانب الإدراك الســـلبي للذات وللعالم ، وهو اضطراب يشير إلى اعتقادات الإنسان السيئة حول ذاته ونظرته السلبية لها ، كما يعد الاكتئاب صورة من صور الموت على المســـتوى الانفعـــالي والنفسي، والشخص المكتئب لا يفقد شعوره بطعم الحياة فقط بل يفقد أيضا رغبتـــه واستعداده لأن يعيش الحياة (مدحت أبو زيد ، عباس عوض ، 2001)

- **اليأس :**

هو حالة انفعالية أو وجدانية تنطوي على قدر كبير من التشاؤم والكآبة كما تتسم بالشعور بالانهزام وبنظرة سلبية نحو المستقبل (امطانيوس مخائيل ، 2006).

يشير اليأس إلى عدم الرضا الكلي للفرد عن الحياة والتوقعات السلبية المعممة عن المستقبل ، فتتميز حياة الفرد بالتشاؤم الشامل والقنوط والشعور بالوحدة النفسية والمزاج المكتئب ومشاعر عدم جدوى الحياة وكذلك عدم القدرة على إحداث تغيير له أثره (أبو النيل محمود ،2000).

يشير اليأس إلى عدم الرضا الكلي للفرد عن الحياة والتوقعات السلبية المبهمة عن المستقبل ، فتتميز حياة الفرد بنغمة سائدة من التشاؤم والقنوط ، والشعور بالوحدة والمزاج المكتئب ومشاعر عدم جدوى الحياة وكذلك عدم القدرة على إحداث تغيير له أثر (حسين فايد– أ– 2001).

- **أهمية البحث :**

تظهر أهمية البحث في محاولة التعـــرف علـــى الاســـتراتيجيات التـــي يستخدمها محاولوا الانتحار في تعاملهم مع الضغوط النفسية التـــي تـــواجههم ، وهذا لما لهذه المعرفة من أهمية في توجيه هذه الفئة إلى استخدام استراتيجيات تعامل فعالة تمكنهم من التعامل مع الضغوط النفسية التي يتعرضون لها بصورة ايجابية وتوافقية ، تزيد من قوتهم وتوازنهم النفسي .كما تظهـــر أهميـــة هـــذه الدراسة في محاولة الكشف عن دور كل من الاكتئـــاب واليـــأس فـــي ظهـــور المحاولة الانتحارية.

وبشكل أدق فإن هذا البحث سيركز في أهدافه على محاولة إلقاء الضـــوء على العوامل النفسية الدافعة للسلوك الانتحاري، وكـــذا التعـــرف علـــى الخصائص والمميزات المعرفية الكامنة خلف المحاولات الانتحارية وهذا من خلال:

– تحديد دور الضغوط النفسية في المحاولة الانتحارية.

– الكشف عن الاستراتيجيات المستعملة من قبل المحاولين الانتحار فـــي تعاملهم مع الضغوط النفسية.

– الكشف عن دور كل من عاملي الاكتئاب واليأس في ظهور المحاولـــة الانتحارية.

– تحديد الفروق الكائنة بين المحاولين الانتحار وفقـــا لمتغيـــر الجـــنس وعلاقته بالمتغيرات المدروسة.

– تحديد الخصائص والمميزات النفسية والمعرفيـــة لفئـــة المحـــاولين الانتحار لأكثر من مرة.

- **أسباب اختيار الموضوع :**

-الزيادة في عدد حوادث الانتحار والشروع فيه وارتفاع النسبة المئوية الذي يكاد يكون بشكل مطرد.

– أكثرية من يقدمون على الانتحار والشارعين فيه يكونون في مرحلة عمرية هامة أين من المفروض أن تصل قدرة الفرد على الإنتاج إلى أقصاها.

– انتشار السلوكات الانتحارية عند مختلف الفئات والشرائح العمرية.

الجانب النظري

الفصل الأول

الانتحار

تمهيد :

ينزع الكائن الحي بطبيعته إلى الحياة، وكل كائن حي مزود بالأجهزة والوظائف التي تحمي هذه الحياة وتؤكد دوامها واستمرار ترقيتها .

والإنسان بوجه خاص يمتاز بنزعته إلى أن يمارس الحياة أكثر من أي كائن حي أخر، وفي محاولته للاحتفاظ بحياته وعنايته بها لضمان استمرارها يجاهد لتطويرها إلى حياة أفضل. وذلك بفضل ما يملك من قوى الإبداع والقدرة على الاكتساب وما يتسم به سلوكه من مرونة ،وما ينشأ عن ذلك كله من تراث اجتماعي.

ويحاول الإنسان أن يبعد عن نفسه كل عوامل الإيذاء والتخريب والتدمير حتى الموت، النهاية الطبيعية لكل كائن بدأ وجوده في الزمن (مكرم سمعان، 1964).

غير أن بعض مظاهر السلوك توحي بأن الإنسان في بعض المواقف، وربما لأسباب متعددة ينزع إلى تدمير ذاته كأن يتعاطى الكحول أو يدمن المخدرات أو يحاول الانتحار، كما قد ينجح فيه أحيانا، أو يعمد إلى تكرار المحاولة.

ويعد الانتحار مشكلة سلوكية ذات أهمية اجتماعية وطبية كبيرة ذلك أن الانتحار يسهم بشكل مقلق في تدمير الطاقات الإنتاجية بوجه عام حيث أن نسبة كبيرة من الذين يقدمون على تنفيذ الانتحار هم ممن في أوج سن الإنتاج بين سن 20 – 40 سنة (محمد مياسة، 1972)

ويؤكد ديكسترا (1989) Diekstra أن من أخطر المشكلات التي أصبحت تشغل بال الباحثين تزايد عدد المقبلين على الانتحار وانتشار هذه الظاهرة، وبالنسبة له فإن الأمر يتعلق بمؤشر سيء لمستوى الصحة العمومية لأي مجتمع. وفي نفس السياق يؤكد زياد عدوان (1990) أن الانتحار يعد مشكلة

صحة كبرى، فمنظمة الصحة العالمية who تقدر أن حــوالي 1000 شــخص يقتلون أنفسهم يوميا وأن الانتحار يصنف بين الأسباب الخمســة إلــى العشــرة الأولى المؤدية إلى الموت في أمريكا الشمالية ومعظم الدول الأوروبية.

1- لمحة تاريخية عن تطور مشكلة الانتحار :

يعد الانتحار ظاهرة إنسانية عامة، صاحبت الوجود البشري منذ البدايات الأولى حتى اليوم، ففي جل الجماعات الإنسانية على تغاير حضــاراتها يوجــد بعض أفراد يقدمون على الانتحار بصورة ما، وفضلا عن ذلك فإن الإحصاءات الجنائية أو الحيوية في معظم دول العالم تشير إلى أن الإقبال على الانتحار يكثر تكراره وترتفع نسبته مع تقدم الزمن، مرتبطا بانتشار التصنيع ومصاحبا ما هو ملحوظ من تعقد الحياة، تشابك في المصالح وآلية في العلاقات وتفكك في كثير من الجماعات في العصور الحديثة بوجه خاص (مكرم سمعان، 1964).

وكشفت البحوث التاريخية أن الانتحار كان شائعا لدى بعــض الأقــوام، حتى أنه اتُخذ نظاما اجتماعيا، ففي جماعات الاسكيمو كان المسنون والمرضى يقبلون على تنفيذ الانتحار في أوقات نقص الطعام وذلك حتى يــوفروا الطعــام لغيرهم وتتيسر سبل الحياة للآخرين، وفي جماعة الويو كــان المعتــدي علــى المحارم يُقهر على تنفيذ الانتحار تحت ضغط اجتماعي شــديد، ولــدى هنــود أمريكا كان يُعد من الشرف أن ينتحر الأسرى والخدم عند وفاة سيدهم ويدفنون معه في نفس المقبرة .وكانت الأرملة الهندوسية في بداية القرن العشرين تقــدم على الانتحار تأكيدا لحبها ووفائها للزوج الراحل، وكان تنفيذ الانتحار يتم أثناء مراسم دفن الزوج. وفي اليابان كانت الشهامة والشرف يقتضــيان مــن أفــراد الطبقة العليا أن يُقدموا على الانتحار تخلصا من مأساة أو سوء سمعة أو إســاءة ملفقة، كما عرفت اليابان خلال الحرب العالمية الثانية نظام الانتحــار الفــدائي

"الكاميكاز" حيث كان يُعلن عن متطوعين لركوب القنابل الكبيـــرة "الطوربيـــد" وتوجيهها لتدمير السفن وغواصات الأعداء، وكان يقبل عليها الكثير من شـــباب اليابان خلال الحرب (محمد مياسة، 1972).

من خلال هذا يتأكد لنا أن الانتحار ومختلــف الســلوكات الانتحاريـــة موجودة لدى الأمم وكل المجتمعات، وقد تغاضينا عن التفصيل في هذا العنصر تفاديا للإطالة .

2- تعاريف الانتحار :

عند التطرق لموضوع الانتحار يجد الباحث نفسه أمام شكيل من المفاهيم المرتبط بعضه بعض، الأمر الذي يستدعي إجراء بعــض التنويهــات بهــدف توضيح المفاهيم المقصودة في بحثه .

وفي مجال الانتحار هناك الكثير من هذا الأمر، إذ يتحدث الباحثون عــن الانتحار والمحاولات الانتحارية، والسلوكات الانتحارية، ثم نجد من يؤكد على الأفكار الانتحارية وتصور الانتحار، كما نجد من يقر أيضا بوجود ملمح خاص بهذه الفئة يمكن الكشف عنها من خلال مفهوم احتمالية الانتحار.

ولعل بحثنا هذا يحتاج إلى تبصير هذه النقاط، خاصة التـــي نـــرى أنهـــا مهمة. ويعني الانتحار عملية قتل الذات بذاتها، وهو باللغة اللاتينية مفهوم مشتق من كلمة مركبة من أصل لاتيني من فعل Caedere بمعنى يقتــل والاســم Sui بمعنى النفس أو الذات. وفي الفرنسية Suicide وفي الانجليزية كــذلك، وفـــي العربية يفيد الانتحار معنى مماثلا، فالكلمة مشتقة من فعل "نحر" أي ذبح وقتل، وانتحر الشخص أي ذبح نفسه وقتلها (ناجي الجيوشي، دون سنة).

أما في اللغة اليونانية فهو يعبر عنه ب Autolyse وهي مركبة من لفظ Auto أي الذات، ولفظ Lysis بمعنى تدمير، أي المعنى النهائي هو تدمير الذات (Pierre maron 1975).

ويعرف دوركايم (1898) الانتحار على أنه كل حالات الموت التي تنتج مباشرة أو غير مباشرة عن فعل ايجابي أو سلبي ينفذه الضحية بنفسه، وهو يعرف أن هذا الفعل يصل إلى هذه النتيجة أي الموت (ناجي الجيوشي، دون سنة).

كما يعرّف الانتحار على أنه تعاطي ذاتي للموت، وبشكل إرادي للتحرر من وضع أصبح غير محتمل(Sillamy ,1996).

ويعرفه مورون Moron أنه المكافئ لقتل الآخرين عن طريق تقمص الموضوع وتحويل العدوانية نحو الذات (Albernche, 1997).

- **المحاولة الانتحارية :**

أما المحاولة الانتحارية التي هي موضوع بحثنا فتعرف على أنها كل عمل يؤدي إلى قتل النفس ويقصد به الموت، ولا يشمل هذا التعريف أعمال التهديد بالموت أو تمثيله. ويعرف جيمس فايس J.Weiss المحاولة الانتحارية كون المنتحر الحقيقي جاد في قصده ولذلك يستخدم وسيلة فعالة تؤتي الموت. أما الشارع فإنه غير جاد في قصده ولذلك فإنه يستخدم أداة غير فعالة لا تحقق له موتا عاجلا(ناجي الجيوشي، دون سنة).

كما تعرف المحاولة الانتحارية على أساس أنها عمل انتحاري لم يفض للموت، وذلك بسبب أن النية في قتل النفس كانت ضئيلة. فمعظم الذين يحاولون الانتحار مترددون في رغبتهم في الموت، فيمكن أن تكون المحاولة نتيجة الرغبة القوية في الحياة والرغبة في بث رسالة لطلب المساعدة Cry For Help.

وعندما تبدو خطط محاولة الانتحار غير مؤهلة للنجاح من البداية تسمى العملية بإيحاءات أو تنبيهات انتحارية Suicde Gestares وتكون العملية عبارة عن طلب مساعدة أكثر منها رغبة في الموت (زياد عدوان ،1990).

ويمكن تعريف المحاولة الانتحارية أيضا على أنها إقدام على إيذاء النفس، وهي تمثل أهم حالات الطوارئ النفسية التي يتعين التدخل الفوري فيها لأن الموقف يتضمن تهديدا حقيقيا للحياة يفوق أي حالة مرضية أخرى، ومن هذه الحالات يصل اليأس والإحباط إلى حد لا يستطيع الشخص معه احتمال مجرد الاستمرار في المعاناة، وتغلق أمامه كل السبل فلا يجد حلا للتخلص من معاناته سوى بالخلاص من الحياة (لطفي الشربيني ، 2003)

- **الأفكار الانتحارية :**

تعتبر الأفكار الانتحارية مؤشرا هاما يُنظر إليه من خلال ما أقره ويلموت وآخرون (Wilmotte et al (1986 أن الأفكار الانتحارية أو تصور الانتحار يمكن إيجاده عند كل البشر ماعدا قلة قليلة وهي موجودة في أعماق الثقافات، ويمكن لمسها من خلال الشعر، المسرحيات، والسينما...لكن هناك اختلاف في شدة هذه الأفكار وهذا ما جعل Deshaies يبحث عن الأفكار الانتحارية النشطة Idées actives de suicide عند 1191 حالة في الطب العقلي بمصلحة القديسة آن بباريس Sainte-Anne ووجد أن هذه الأفكار عبرت عن الرغبة في الموت وسجلت عند 9 % من الحالات. ويشير الباحث إلى أن هناك صعوبة في التعرف على الأفكار الانتحارية وهذا لأن المفحوصين يعملون على نفيها وإعطاء صورة جيدة وايجابية عن ذواتهم، كما أن البعض منهم يرفض أصلا تذكر مثل هذه الأفكار .

3- إبدميولوجية الانتحار :

من خلال الدراسات الابيدميولوجية تمكن الباحثون من إجراء المقارنـــات ودراسة الفروق بين الانتحار الكامل Suicide Complet والمحاولات الانتحارية وهذا من الناحية الكمية والكيفية. ونتيجة لهذه البحوث أصبح ممكنا التمييز بـــين الدراسات المركزة علـــى الانتحـــار المفضـــي للمـــوت Etude De Mortalité والدراسات المركزة علـــى المحـــاولات الانتحاريـــة Etude De Morbidité (Charoli Francois et Guedj Marie-Jeanne ,1999)

في نفس الاتجاه يشير الباحثان كريســـتيان بودلـــو، و روجيـــه اســـتابليه (1999) Christian Baudelot ,Roger Establet إلى أن هناك مصادر إحصائية تنعم بالرصانة والصفاء، بينما يشوب الشك مصادر أخرى، فلا أحـــد يخطر بباله أن يجادل في دقة المعلومات التي تقدمها الأرصاد الجوية الوطنيـــة أو عدد الوفيات بنتيجة تشمع الكبد أو متوسط دوام الاستماع للراديو، لكن الأمر يختلف بخصوص الأرقام الهادفة إلى تقدير عـــدد العـــاطلين عـــن العمـــل أو المهاجرين أو المنتحرين. إن الرصانة والصفاء مرفوضة نســـبتهما هنـــا إلـــى الإحصائي، لأن شرعية المسعى الإحصائي بالذات هي التي تتعرض في الأخير للاتهام، فالكثير من المصالح تدخل في الصراع لصالح التقليل أو الإفراط فـــي الإعلان عن هذه المجموعات السكانية بحيث لا يمكن إيلاء أي ثقة بالأرقام التي من المفترض أنها تحصيها، إن من لم يتم إحصاؤهم يكونون أيضا عصيين على الإحصاء (أسامة الحاج ،1999).

من جهته يؤكد حنفي إمام، نور الرمـــادي (2001) أنـــه مـــن الصـــعب الحصول على إحصائيات دقيقة للانتحار إذ أن الكثير مـــن الأشـــخاص الـــذين ينتحرون يفضلون أن يجعلوا موتهم يبدو كما لو أنه ناتج عن حادثة، ورغم ذلك فإن الانتحار يمثل عاشر سبب للوفاة في الولايات المتحدة الأمريكية وهو ثاني

سبب للوفاة بعد الحوادث بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15-24 سنة حسب ما أورده مكتب التعداد الأمريكي عام 1999.

إن الإحصاء في الحوادث الانتحارية يعتمد على محاضر الاستجواب وشهادات الوفاة التي قد لا تعكس نسبة الحوادث الحقيقية، لكن يمكن إدراج الانتحار ضمن أول عشرة أسباب الموت عند الكهول في المجتمعات الحضرية، ويشكل 10% من الوفيات بين عمر 25-34 سنة و30% من الوفيات عند طلاب الجامعة، ويعد السبب الثالث للموت عند المراهقين بشكل عام، وحوالي 70% من الانتحار التام يحدث بعد الأربعين، حيث ترتفع النسبة بحدة بعد 60 سنة خاصة عند الرجال.

وحوالي 65% من محاولات الانتحار تحدث قبل الأربعين، وتشكل الفتيات المراهقات العازبات نسبة جيدة من محاولات الانتحار، والنسبة تكون عالية أيضا عند الرجال غير المتزوجين في الثلاثين من عمرهم .

ويشكل الانتحار أيضا السبب العاشر للموت في الولايات المتحدة الأمريكية، بينما تشكل الوفيات عن الحوادث السبب الرابع، لكن تضم بالتأكيد بعض حالات الانتحار.

وهناك 200.000 محاولة انتحارية كل عام 10% منهم أي 20.000 حالة انتهت بالموت .وهناك عدد من حالات الانتحار التي تحدث في السجون، خاصة عند المسجونين لاقترافهم جرائم عنف ويكون الشنق عادة هو الوسيلة، ويحدث الانتحار خلال الأسبوع الأول من الاعتقال (زياد عدوان، 1990).

وفي إحصائيات المنظمة العالمية للصحة لسنة (1978) فإن الانتحار ينتشر عند الأفراد المنتمين إلى الفئة العمرية 15-24 سنة وهو شائع فيما يبدو عند الدول التي يقال عنها متقدمة، حيث تأتي فنلندة في المرتبة الأولى وكندا وألمانيا في المرتبة الثانية والسويد واليابان في المرتبة الثالثة (Hangan,1997).

يظهر أن فرنسا أيضا تسجل عددا مرتفعا من حـالات الانتحـار والمحـاولات الانتحارية، وهذه الأرقام تفوق بكثير وتسبق أعداد حوادث المـرور المؤديـة للموت سنويا.وهذه الحقيقة تعترف بها جهات رسمية وتؤكد عليها مصادر عاملة في مجال الصحة العمومية، خاصة تلك التي تنشط في مجال الوقاية والانتحار.

ويمكن القول أنه في السنوات الأخيرة لوحظ انتشار الانتحار والمحاولات الانتحارية وبشكل واضح لدى الشباب وهذا بمعدل ضعفين أو ثلاث أضـعاف معدلات العقود السابقة (فخري الدباغ، 1986).

كما يؤكد كـل مـن دافيدسـون (1986) Davidson ومـورون (1975) Moron أن معظم الدراسات الابيديميولوجية رغم اخـتلاف المجتمعـات التـي درست فيها ظاهرة الانتحار تؤكد أن نسب الانتحار في تزايد مستمر.

يؤكد حسين فايد -أ- (2001) أن الانتحار ظاهرة واسعة الانتشـار بـين المراهقين والراشدين، فالاتجاه المرضي لزيادة معـدلات الانتحـار بالنسـبة للشباب قد تم تسجيله على نحو جيد على مر السنوات القليلة الماضية. واتضـح أن معدل الانتحار بين أولئك الذين يقعون في المرحلة العمرية مـن 15 – 25 سنة قد تضاعفت إلى ثلاث مرات تقريبا في العشرين سنة الأخيرة، وقد أشـار دافيز (1985) Davis إلى أن معدل الانتحار الكامل لدى المـراهقين والشـباب ذوو الأعمار من 15-24 سنة قد زاد إلى ما يقرب من 300% على مدى العقود الثلاثة الماضية.

من جهته يرى محمد حمدي الحجار (1998) أن الإحصـائيات الخاصـة بالسلوك الانتحاري تستند على واقعات القضاء وسجلاته استنادا أساسـيا فـي الولايات المتحدة الأمريكية، أي وثائق الوفيات، رغم أنها تقلل من حقيقة وواقعة الحادثة، ومع ذلك فإن الانتحار يصنف من بين الأسباب العشرة مـن الوفيـات لدى الكهول في المدن وبقدر نسبته 10% من الوفيات فـي الولايـات المتحـدة

الأمريكية وفي الأعمار ما بين 25-43 سنة، ويمثل 30% بين طلاب الجامعات. ويعد الانتحار السبب الثالث في الوفيات بين المراهقين من أصل 200.000 محاولة انتحارية تقريبا التي تحدث سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية، 10% منهم ينجحون في قتل أنفسهم. وهناك ما يقرب من 70% من حوادث الانتحار التي تنتهي بالموت تكون أعمارهم فوق 40 سنة. علما أن هذه النسبة ترتفع ارتفاعا حادا في الأعمار فوق الستين وبخاصة عند الرجال، وهناك ما يقرب من 65% من محاولات الانتحار تقع تحت سن 40 (محمد حمدي الحجار، 1998).

كما يؤكد كل من ديانا هيلز وروبرت هيلز (1999) أن معدل الوفيات الناجمة عن الانتحار يقدر ب 11-12 وفاة لكل 100.000 مائة ألف نسمة، وقد تضاعفت حالات الانتحار في السنوات الآخيرة بين الناشئين والشباب ممن تتراوح أعمارهم بين 15-25 سنة.

وتبين دراسات CEPIDIC المركز المتخصص في إبدميولوجية الأسباب الطبية المؤدية للوفاة centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès بالإضافة لنتائج أبحاث INSERM أن التقارير الطبية تشير إلى أن عام 1999 سجل ما يقارب 722 حالة انتحار لدى الشريحة العمرية 15-24 سنة وهذا مقابل 4797 حالة وفاة بأسباب أخرى لدى نفس الفئة.(Xavier Pommereau ,2005).

أما الانتحار في الجزائر فيبدو أن المحاولات الأولى التي بدأت مع بن خلفاة (1969) Benkhalfate وبن سماعيل (1987) قد أوضحت أن الانتحار يعود لعدة أسباب بداية من النزوح الريفي، إلى التمركز السكاني، الانتقال من نظام اجتماعي تقليدي إلى عصري حضري، من العائلة الكبرى إلى الأسرة النووية، وهذا بسبب استقلالية الأسرة عن المرجعية (العائلة الكبرى).

ولكن ما يميز الدراسات المرتبطة بالسلوك الانتحاري في الجزائـــر هـــو شحها خاصة على المستوى العلمي، فالقليل من البـــاحثين اهتمـــوا بالظـــاهرة ونشروا نتائج أبحاثهم، وأغلبهم نفتقد لأثار كتاباتهم في المكتبات الجزائرية، عدا تلك النسخ التي نتحصل عليها بطريقة وأخرى والتي غالبا تكون منقوصـــة، أو مهترئة لا تفي بالغرض المطلوب، ورغم ذلك يمكن الرجوع دومـــا للدراســـات التي قام بها باحثون في الطب بالمستشفيات الجزائرية وعلى رأسها دراسة بن خلفاة (1969) Benkhalfate الذي لاحظ تزايد عدد حـــالات التســـمم الملتحقـــة بمستشفى وهران الجامعي عام 1962، وتبين له فيما بعد أن هذا التسمم لم يكـــن سوى سلوكا إراديا، الأمر الذي جعله يقوم بدراسة مستفيضـــة عـــن الســـلوك الانتحاري، على عينة قوامها 296 حالة تسمم ممتدة ما بين سنة 1962 إلى غاية 1968 وتبين له من خلال هذه الدراسة أن المحاولة الانتحـــار تمـــس مختلـــف الشرائح العمرية من 15 سنة إلى غاية 27 سنة رغم تباين أعداد الأفراد بين كل الفئات، كما انتهى إلى أن الإناث أكبر إقبالا على المحاولة الانتحاريـــة مقارنـــة بالذكور (بواقع 72 ذكور و 224 إناث).

كما نسجل في نفس السياق أيضا دراسة صغير (1975) Seghir الذي قام بفحص 421 فرد قاموا بمحاولة انتحارية وهذا بمستشفى قسنطينة الجامعي وهذه في الفترة الممتدة ما بين 1972-1974 وتوصل في دراسته إلى أن المحاولـــة الانتحارية منتشرة بين مختلف الفئات العمرية بداية من 15 سنة إلى غايـــة 60 سنة، كما توصل إلى أن الإناث أكثر إقبالا على المحاولة الانتحاريـــة مقارنـــة بالذكور (بواقع 282 إناث مقابل 32 ذكور).

كما نشير أيضا إلى دراسة بن سماعيل وآخرون (1987) Bensmail et al بقسنطينة، حيث حاول هذا الفريق مقارنة النتائج التي توصل إليها صـــغير (1975) Seghir بعد فاصل زمني يقارب 12 سنة، وقد انتهوا إلى أن الانتحـــار

في تزايد مخيف، يمكن أن يتضح بالأرقام التي تؤكد تزايده بنسبة 100%، كما تبين لهم أن حالات الانتحار الناجحة تمثل 5.5% من كل المحاولات.

وتشير الدراسة أيضا إلى أن الفئات العمرية التي ينتشر لديها هذا السلوك تمثل شريحة ما دون 25 سنة والذين تتكرر لديهم و بشكل كبير هذه السلوكات، ولكن الأمر يبدأ بالانخفاض بعد سن الخمسين.

حاول الباحث في هذا العنصر أن يتعرض لمختلف الإحصائيات الواردة بخصوص الانتحار والمحاولات الانتحارية في الجزائر ولكنه وجد تضاربا كبيرا بين مختلف المصادر، مما يوحي بالكثير من الغموض الذي يكتنف الظاهرة محل الدراسة، ولهذا لم يقم بذكر الإحصائيات إلا فيما ندر وهذا بعد أن تأكد من أصحابها الذين نقلوها وهذا حرصا على الدقة والأمانة العلمية.

4- تصانيف الانتحار :

لا نبغي من تصنيف الانتحار إلا إيضاحا أكثر، وهذا لما له من دوافع ومسببات وغايات، وتصنيف الانتحار ليس بالأمر السهل إذ ما يزال معضلة سلوكية في حاجة إلى مزيد من البحث والاستقصاء.

ويمكن تصنيف الانتحار بطريقتين رئيسيتين :

الطريقة الأولى وتستند إلى مسببات وعوامل الانتحار، أما الطريقة الثانية فتستند إلى غائية الانتحار وما يشبعه من رغبات شعورية ودفينة، وترتبط كلتا الطريقتين بنظريات عديدة أدلى بها علماء النفس والأمراض العقلية وعلماء الأجناس والمحيط ورجال الدين والفلسفة والمثولوجيا، فتصنيف الانتحار هو تنسيق وترتيب لمختلف النظريات القديمة والحديثة .ويمكن أن ننظر لهاتين الطريقتين كالتالي :

الطريقة الأولى :

1 – المسببات والعوامل النفسية والفردية التي تتعلق بشخصية الإنسان وتربيته النفسية وتنقسم بدورها إلى ثلاثة فروع :

أ – العوامل التي تتماشى وتنطبق على نظريات مدرسة التحليل النفسي.

ب – العوامل النفسية الأخرى من غير مدرسة فرويد.

ج – نظريات عقلية أو فلسفية أو بيولوجية

2 – المسببات والعوامل الاجتماعية والمحيطية وتشتمل على النواحي والفروع التالية :

أ – الأزمات الاقتصادية العامة

ب – البطالة والتقاعد

ج – الوحدة والعزلة

د – الحالة الزوجية

ه – كثافة السكان والحراك الاجتماعي

و – الدين والمبادئ

ز – الأدوار الاجتماعية .

الطريقة الثانية :

هذه الطريقة التصنيفية تتناول ما يحققه السلوك الانتحاري من غايات ورغبات، ويمكننا تقسيمها إلى المجموعات التالية :

1 – العداء ضد الذات : وينقسم بدوره إلى :

أ – الشعور بأن عليه أن يموت.

ب – أن يكون قاضيا ومجرما في نفس الوقت.

ج – عقاب للذات بعد ارتكاب محرمات.

ه – لا سبيل إلى المحبة إلا بعد الموت.

2 – الانتحار كاستغاثة وتوسل :

أ – طلب للعون في حالة يأس.

ب – استغاثة من لا يجد لعدائه منفذا.

ج – الانتحار بالحث والعدوى.

3 – الانتحار كانتقام :

أ – إلقاء اللوم الأبدي على الغير.

ب – كواجب شعائري للتعبير عن المظلمة.

ج – عقاب لمن نبذوه .

د – شعور بالقوة والجبروت بعد الموت.

4 – الانتحار من أجل قتل الغير :

أ – قتل المحبوب الذي تقمصه المنتحر.

ب – قتل المعتدي الذي تقمصه المنتحر.

ج – قتل العالم بأجمعه.

5 – الانتحار كخلود :

أ – الموت والبعث من جديد.

ب – التراجع أولا من أجل تقدم المستقبل.

ج – مصاحبة الحبيب المفقود.

د– الخلود الإلهي.

6 – الانتحار الأناني :

أ – الضجر وفقدان الرجاء.

ب – فقدان السيطرة على المحيط والظروف.

ج – فقدان السمعة والمكانة.

د – الخسارة المالية والإفلاس.

ه – عدم تحمل الألم والمرض.

7 – الانتحار الإيثاري : أي التضحية بالنفس من أجل العقيدة والمبدأ.

8– الانتحار كهزيمة وانسحاب وقد يكون مقصودا أو لا شعوريا.

أ – الانسحاب المقصود ويشمل :

- تجنب الموت البطئ المؤلم.
- تجنب المرض والكبر.
- انتحار الرخاء والسعادة.
- مصاحبة الميت العزيز.
- تجنب الوحدة أو عدم تحمل هجر الحبيب.

ب – الانسحاب اللاشعوري ويشمل :

- الشعور بالهزيمة والخيبة في إحدى مجالات الحياة.
- الهرب من الإثم و التشوش الفكري.
- الخوف من الموت والاستسلام له.
- الهزيمة من شذوذ أو نقص جنسي (فخري الدباغ ،1986).

5– وسائل الانتحار :

إن اختيار وسيلة الانتحار يعتمد أساسا على عاملين أساسيين، أولهما العوامل الثقافية وثانيهما توافر العامل المؤذي وسهولة الحصول عليه، ويمكن لوسيلة الانتحار المتبعة أن تعكس شدة الإصرار على الموت (زياد عدوان، 1990).

إن اختيار الطرق لتنفيذ الفعل الانتحاري تُقَرَرُ عـادة بعوامـل ثقافيـة وتوافر الوسيلة الانتحارية، وهذه الطرق تعكس عادة جدية التصميم الانتحاري، مثل إلقاء النفس من أمكنة عالية حيث يستحيل هذا الفعل أن ينجو صاحبه مـن الموت، بينما نجد من يلجأ إلى الأدوية، حيث يمكن إنقاذهم وتكون لديهم فرصة أفضل للبقاء أحياء (محمد حمدي الحجار، 1998).

في دراسة قام بها أحمد عياش (2003) تبين له اختلاف الطرق المتبعـة للموت الإرادي وكذلك الأدوات المستعملة لتسهيل عملية الموت، ففي لبنان مثلا أكثر الطرق المستعملة هي تناول المواد الضارة عبر الفم ومنها مادة الأدويـة الطبية، تليها مواد وسائل التنظيف كالديمول وما شابه، ثم طريقتا رمي الجسـد من ارتفاع وإطلاق النار على الجسد خاصة الرأس أو القلـب. بينمـا يفضـل البعض الغرق في الماء أو الخنق عبر الشنق أو إقفال منافذ الهواء في الغرفـة وانتشار الدخان في الداخل أو ما شابهها من طرق. بينما يفضل الآخرون تقطيع الأوردة عند المعصم وإسالة الدماء حتى الإغماء أو الموت أو الانتحار احتراقا.

من حيث دلالة وسيلة الانتحار يؤكد فخري الدباغ (1986) أن الوسـيلة التي يختارها المنتحر لابد أنها تتعلق بأسلوب تفكيره ونفسيته . واعتمد في ذلك على أراء ثورنر الذي أقر أن وسيلة الانتحار لا تعتمد على المصادفات اليومية الحياتية بل على ما يجول في فكر المنتحر من خيالات وأفكار .وبالتـالي فـإن اختيار الوسيلة يعتمد على عنصرين أساسيان :

أ - العوامل الثقافية للمنتحر.

ب- توافر العامل المؤذي وسهولة الحصول عليه.

ويمكن لوسيلة الانتحار المتبعة أن تعكس شدة الإصرار علـى المـوت، فمثلا الذي يقفز من مكان عال تصبح فيه إمكانية النجاة مستحيلة، بينما الوسائل الأخرى مثل ابتلاع الأدوية فإنها تعطي فرصة مهمة للإنقاذ، ولكن تخف أهمية

نوع ووسيلة الانتحار خلال حالات الهياج العاطفي أو في المستشفيات النفسية، حيث تكون حرية الاختيار شبه معدومة، ومن وسائل الانتحار يمكن أن نسجل ما يلي :

5-1 - ابتلاع الأدوية :

وهي أكثر وسيلة متبعة في محاولات الانتحار، خاصة الباربيتورات وكذلك المنشطات النفسية، أما استخدام الأسبرين فقد انخفض في الآونة الأخيرة من نسبة 20 % إلى نسبة 10% نتيجة التحول لوصف الباراسيتامول لأنه مسكن أكثر أمانا فيما يتعلق بالتخريش المعدي .

وأحيانا يمكن للمنتحر أن يبتلع أكثر من دواء وذلك في 20% من الحالات، مما يزيد من خطورة الموت، خاصة عند حدوث تداخلات دوائية شديدة، وهي تحتم على الطبيب تحديد المستويات الدموية السمية لكل الأدوية المتوقعة (زياد عدوان، 1990).

5-2 - الطرائق العنيفة :

مثل إطلاق النار أو عمليات الشنق، حيث يشكل إطلاق النار السبب الأول في عمليات الانتحار عند الذكور في الولايات المتحدة الأمريكية، فالنسبة ارتفعت من 58% سنة 1970 إلى 63% عام 1980، أما بالنسبة للإناث فأبشع وسيلة كانت السم ثم إطلاق النار، ولكن في عام 1980 انعكست النسبة حيث أصبحت 39 % إطلاق نار و 27% تسمم (زياد عدوان ، 1990).

من جهته يؤكد مجدي عبد الله (1996) أن من بين أهم وسائل الانتحار انتشارا ما يلي:

- تناول جرعات زائدة من الأدوية.
- ابتلاع السم أو شمه.
- القفز من ارتفاعات كبيرة.

- القفز أمام سيارة مسرعة.
- إطلاق الرصاص.
- قطع الشرايين.
- الاختناق.
- الغرق.
- الشنق.
- الموت جوعا.
- الصعق بالكهرباء.
- الاحتراق.

فيما يتعلق بالانتحار في الجزائر فإن دراسة مربوحة نوار بولحبال (2004) تشير إلى أن هناك ثلاث وسائل رئيسية مستخدمة في تنفيذ الانتحار في الجزائر، وهي الرمي من الأعلى بنسبة 50% يليها تناول العقاقير بنسبة 30%، وفي الأخير الشنق بنسبة تبلغ 20%.

كما بينت دراسة عبد الوافي بوسنة (2004) أن من وسائل الانتحار في مدينة قسنطينة التي تعتبر من المدن التي تعاني من هذه الظاهرة، والتي سجلت عام 2000 فإن الوسائل المستعملة أدرجت في العناصر المدرجة ضمن الجدول التالي :

جدول رقم (01) : الوسائل الانتحارية في مدينة قسنطينة عام (2000)

الوسيلة المستعملة	عدد الحالات
تعاطى مختلف الأدوية بكميات كبيرة	291
الاختناق بغاز CO_2	21
تعاطي الأدوية المستعملة في الطب العقلي GARDENAL,TRANXENE LAROXYL,	17
تعاطى مزيج من الأدوية	16
شرب حمض البطاريات	16
استهلاك مواد التنظيف المختلفة	14
شرب ماء جافيل	07
استهلاك المواد القاتلة للحشرات	06
استهلاك المواد القاتلة للفئران	05
تعاطى الكحولات	04
استهلاك مواد غير معروفة	04
تعاطي البنزين	02

إلى جانب هذا خلصت دراسة سواكري الطاهر (2008) إلى أن الوسيلة الأكثر استعمالا في المجتمع الجزائري هي وسيلة الشنق بمعدل 70%، أما النسبة المتبقية 30% فهي موزعة ما بين تناول المواد السامة، استعمال السلاح الناري والسلاح الأبيض والقفز من مكان عال واللجوء إلى الغرق.

تشير الدراسات الحديثة المهتمة بوسائل الانتحار والتي قام بها فريق من الباحثين مكونبن من فلاديتا أجداسيس قروس وآخرون (2008) Vladeta Ajdacic –grossإلى أن التحاليل أظهرت أن الانتحار بمبيدات الهوام واستخدام الطلق الناري قد حلا محل الطرق التقليدية في العديد من البلدان.

6- احتمالية الانتحار :

إن الاستعداد للانتحار أو قرب حدوثه يمكن أن نطلق عليه اصطلاح الانتحارية لدى الفرد، ولذلك يحاول علماء النفس والقائمين على منع الانتحار والوقاية منه إيجاد اختبارات لمعرفة من هو المعرض للانتحار أكثر من غيره ؟ وتمكّن هذه الطريقة من فرز الذين يمكن أن يكرروا الانتحار بعد محاولة سابقة.

إذن فالإنذار الأقرب إلى الواقعية والتطبيق هو دراسة وتحليل محاولي الانتحار، وقد ظهرت بضعة اختبارات تعتمد على اختبارات الشخصية الاسقاطية أو الاستفتائية، إلا أن من أهم هذه الأدوات هناك اختبار صممه سينزبري وباراكلو وآخرون عام (1982) وهو على شكل استفتاء واستبار بالإجابة على عدة فقرات حساسة في السيرة الذاتية للفرد ونذكر من هذه الفقرات أمثلة تشير وتنبئ باحتمال وقوع انتحار قادم، وهي جزء من أكثر من 40 فقرة :

- تغيير السكن.
- افتراق عن الزوجة أو الحبيب.
- اصطدام وإشكال مع القانون.
- مشاكل إدمان الخمر عند الآباء.
- علاج نفسي من قبل طبيب عام (فخري الدباغ 1986).

من جهته يؤكد كل من ديانا هيلز، روبرت هيلز (1990) أنه يمكن بكل تأكيد اتخاذ الحيطة ضد الانتحار أو المحاولات الانتحارية التي تدفع بعض الأفراد إلى الإقدام عليه، ولكن بعد التشخيص أو التعرف على طبيعة الفرد أو الأفراد ممن يفكرون به. والشخص الذي يمكن أن يكون الانتحار من هواجسه النفسية في المستطاع التعرف عليه من خلال المعايير التالية :

- إحساس الفرد الحاد بفقدان الأمل.

- تدني اعتبار الذات وانخفاض مستوى الثقة بالنفس.
- كثرة ودوام وجود الحزن وتغلبه على الشخص.
- فقدان الاهتمام بأي نشاط ذي جدوى له في الحياة.
- إدمان الكحوليات أو المخدرات.
- عدم ارتباط بصداقات مع الآخرين.
- تغيير عادات الأكل والنوم بشكل مفاجئ.
- التقلب المستمر في المزاج.
- التحول المفاجئ من الحزن إلى الفرح.
- الإكثار من التحدث عن الانتحار.
- الإكثار من التحدث عن الموت والاستغراق في التفكير فيه.
- عدم المشاركة في الاهتمامات سواء داخل النشاطات المدرسية أو الوظيفية.
- التقوقع على الذات.
- إهمال المظهر الخارجي وعدم الاهتمام بالهندام.
- الصعوبة في التركيز.
- ظهور أعراض جسمية مزمنة كالصداع والتعب المستمر بلا سبب.
- الشعور بالإغراق في حمأة الإحساس بالذنب.
- ازدياد النزعة العدوانية وتنامي الشعور بالكراهية للآخرين وظهور نزوة التمرد خاصة لدى الشباب.
- الخروج حديثا من المستشفى بعد المكوث فيه لفترة علاج من أمراض نفسية.

يرى بيك وآخرون (1979) Beck et al أن الانتحار ليس حدثا منعزلا بل هو عملية معقدة وأن السلوك الانتحاري يمكن تصوره، باعتباره واقعا على متصل لقوة كامنة تشمل تصور الانتحار، ثم التأملات الانتحارية، يليها محاولة الانتحار وأخيرا إتمام هذه المحاولة الانتحارية، وهذا ما ذهب إليه أيضا بونر وريتش (1978) Bonner ,Rich حيث أكدا أن السلوك الانتحاري عملية دينامية معقدة وبدلا من كونه حدثا منعزلا ثابتا، فقد عرفا السلوك الانتحاري على أنه عملية مركبة من مراحل مختلفة تبدأ بتصور الانتحار الكامن، وتتقدم خلال مراحل من تأمل الانتحار النشط ثم التخطيط للانتحار النشط، وفي النهاية تتراكم محاولات انتحار نشطة لدى الفرد. وقد يتذبذب مركز الفرد في هذه العملية وفقا لتأثير العمليات البيولوجية والنفسية والاجتماعية (حسين فايد – أ– 2001).

أما حسين فايد –أ– (2001) فيرى أن السلوك الانتحاري عبارة عن عملية أو متصل يمثل أحد طرفيه تصور الانتحار الكامن ثم يتطور هذا التصور خلال مراحل مختلفة حتى يقدم الفرد بمحاولات انتحار فعلية، سواء كانت ناجحة أو فاشلة.

من هنا تبرز أهمية دراسة احتمالية الانتحار وهذا بهدف الوصول إلى ملمح خاص يسمح للمختصين بتجنيب بعض الأفراد الإقبال على المحاولات الانتحارية أو الانتحار .

7- الوظيفة السيكولوجية للمحاولة الانتحارية :

إن السلوك الانتحاري ينطوي على نداء للآخرين، واستغاثة بالجماعة تتضمن طلبا للمساعدة، ويؤيد هذا ظروف الموقف الانتحاري من استخدام لوسيلة ضعيفة غير فعالة أو بطيئة الفعالية في مكان عام أو مأهول، أو في مجال اجتماعي بوجه عام .ويدعمها أيضا ما لوحظ على معظم المحاولين

للانتحار الذين وضعوا وثائقهم الشخصية في متناول الآخرين كتوجيهها إلى سلطات خاصة وتضمينها شكوى ما، فضلا عن عدم الاكتراث بما يعقب الموت وربما كان ذلك للشك في وصول محاولتهم للموت (ناجي الجيوشي، دون سنة).

ويؤكد ويلموت وآخرون (1986) Wilmotte et al أن المحاولة الانتحارية لها وظيفة تكيفية، فهي بالدرجة الأولى علامة لغياب السلوكات التكيفية الفعالة والواقعية في السجل الفردي.

8- علاقة الانتحار بالجنس :

يؤكد حسين فايد –أ– (2001) أن ظاهرة الانتحار قد حظيت بالاهتمام الكبير من جانب الباحثين الأجانب، إلا أن دراسة الفروق بين الجنسين في هذه الظاهرة لم تحظ إلا بقدر ضئيل من اهتمام هؤلاء الباحثين.

ورغم ذلك هناك بعض الدراسات التي اهتمت بفحص الفروق بين الجنسين في تصور الانتحار ولم تتوقف هذه الدراسات عند نتيجة أن تصور الانتحار يتباين باختلاف الجنس أم لا. وإنما حاولت هذه البحوث التعرف على الفروق القائمة بين الجنسين في محاولات وطرق الانتحار، كما حاولت أيضا التعرف على الفروق بين الجنسين في العلاقة بين اليأس والانتحار.

ويبدو أن نسبة الرجال تفوق نسبة النساء بالنسبة للإقدام على الانتحار الفعلي، بينما تزيد نسبة الفتيات والسيدات التي يقمن بمحاولات للانتحار عن الذكور بنسبة كبيرة (لطفي الشربيني، 2003)

من جهته يؤكد روزنتال (1981) Rosental أن الذكور أقل اعترافا من الإناث بالأفكار الانتحارية، كما توصل رود (1989) Rudd إلى أنه لا توجد

فروق جوهرية بين الذكور والإناث في تصور الانتحــار (حســين فايــد –أ- 2001).

أما بخصوص الأبحاث الواردة في الوطن العربي، فيبدو أن الانتحار في الدول المغاربية منتشر خاصة عند الذكور، حيث تفوق نسبة الذكور ثلاث مرات نسبة الإناث، أما محاولات الانتحار فهي عند الإناث أكثر (Inessm 1995).

أما في الجزائر فتُظهر دراسة بن خلفاة (1969) Benkhalfate أن الســن الذي تظهر فيه المحاولات الانتحارية يكثر لدى الإناث مقارنة بالــذكور. كمــا انتهت دراسة صغير (1975) Seghir إلى أن الإناث أكثر إقبالا على المحاولة الانتحارية مقارنة بالذكور .

9- علاقة الانتحار بالسن :

بينت دراسة عبد الحكيم العفيفي (1990) أن فئــات العمــر للمنتحــرين والمحاولين الانتحار لعام 1988 تركزت عند الفئة العمرية 20-30 تليهــا فئــة 30-40 ثم فئة 18-20.

أما في الجزائر فتُظهر دراسة بن خلفاة (1969) Benkhalfate أن الســن لدى المحاولين الانتحار في الجزائر ينتشر أكثر لدى الفئة العمرية 15-27 سنة. كما خلصت أيضا دراسة صغير (1975) Seghir إلى أن الفئات العمرية التــي يظهر لديها السلوك الانتحاري تمتد على متصل يبدأ من 15 سنة إلى غاية 60 سنة، وهذا رغم انتشارها في فئة الشباب .كما تشير دراسة بن سماعيل وآخرون (1987) Bensmail et al، إلى أن الفئات العمرية التي ينتشر لديها هذا الســلوك تمثل شريحة ما دون 25 سنة والذين تتكرر لديهم و بشكل كبير هذه السلوكات، ولكن الأمر يبدأ بالانخفاض بعد سن الخمسين.

10- عوامل الانتحار :

تُظهر الدراسات التي قام بها هانقان Hangan (1997) أنه يمكن حصر عوامل الانتحار والمحاولات الانتحارية في محورين :

10 -1- العائلة:

إن تفكك الأسرة وتحللها يعد عاملا مساعدا على الانتحار ويتجلى هذا التفكك فيما يلي :

- الانفصال والطلاق.
- الجو العائلي المضطرب.
- العلاقات السيئة بين أفراد الأسرة.
- التعدي على الأطفال.
- العنف داخل المنزل.
- كحولية أحد الوالدين.
- عدم تفاهم الأولياء.
- وجود سلوك انتحاري سابق عند أحد أفراد العائلة.
- عدم نضج الأم وعدم تحملها مسؤولية تربية الأطفال والتكفل بمشاكلهم.
- لامبالاة الأب.
- كثرة الشجار بين الأولياء.

10-2- الحياة العاطفية :

الكثير من حالات الانتحار تعود إلى اضطرابات وجدانية انفعالية مثل :

- موت عزيز أو قريب.
- فشل علاقة عاطفية.
- فشل مدرسي.
- اعتلال الصحة البدنية.

- الانعزال والتهميش أو الوحدة.

ويضيف أحمد عياش (2003) عوامل أخرى يراها مفسرة لإقدام البعض على المحاولة الانتحارية أو الانتحار ويحصرها في جملة من الأسباب المباشرة الخارجية والمعلنة، والتي يقصد بها كل الأحداث القادرة على التأثير في النفس، أي كل الأزمات المحيطة بالإنسان والتي بإمكانها إن وصلت إلى الحد الأقصى من السوء أن تؤسس لزعزعة التوازن الداخلي للنفس، مما ينتج عنه اضطراب نفسي وفكري، ويسمح بنشأة أفكار تحمل مشروع موت إرادي طوعي تقنع صاحبها من خلال منطق خاص حسب خصوصية كل فرد، أن الانتحار هو الحل والرد المناسب لتلك الأزمات الخارجية المحدقة به.

ومن هذه الأسباب الخارجية الاعتداءات الجنسية والابتزاز، حيث يعد الاغتصاب أو التحرش الجنسي خاصة من الأقرباء في العائلة سبب مهم وكثيرا ما يكون غير معلن للانتحار الغامض السبب. وقد ذكرت هيئة تشايلد لاين Child line خط المساعدة للصغار البريطانية الاستشارية في 11-07-2001 أن أطفالا صغارا معظمهم في السادسة من العمر يحاولون الانتحار في بريطانيا بسبب تعرضهم لاعتداءات جنسية أو للتعذيب المدرسي أو بسبب الإجهاد من الامتحانات.

وكنموذج لأحد أشكال الانتحار قام بدر الأنصاري وآخرون (2001) بدراسة استهدفت التعرف على العوامل التي تدفع إلى محاولة الانتحار بتناول جرعات مفرطة من العقاقير . وقد أجريت هذه الدراسة على عينة من شباب دولة البحرين بلغ تعدادها 100 حالة، تتراوح أعمارهم بين 15-24 سنة، وكلهم أقدموا على محاولة الانتحار، وأخضعوا جميعا لمقابلة شخصية.

أسفرت الدراسة عن نتائج حصرت فيها أهم العوامل الدافعة لمحاولة الانتحار وهي العطالة، التفكك الأسري، عدم وجود أصدقاء، الفشل المدرسي... (نجية إسحاق عبد الله، 2004)

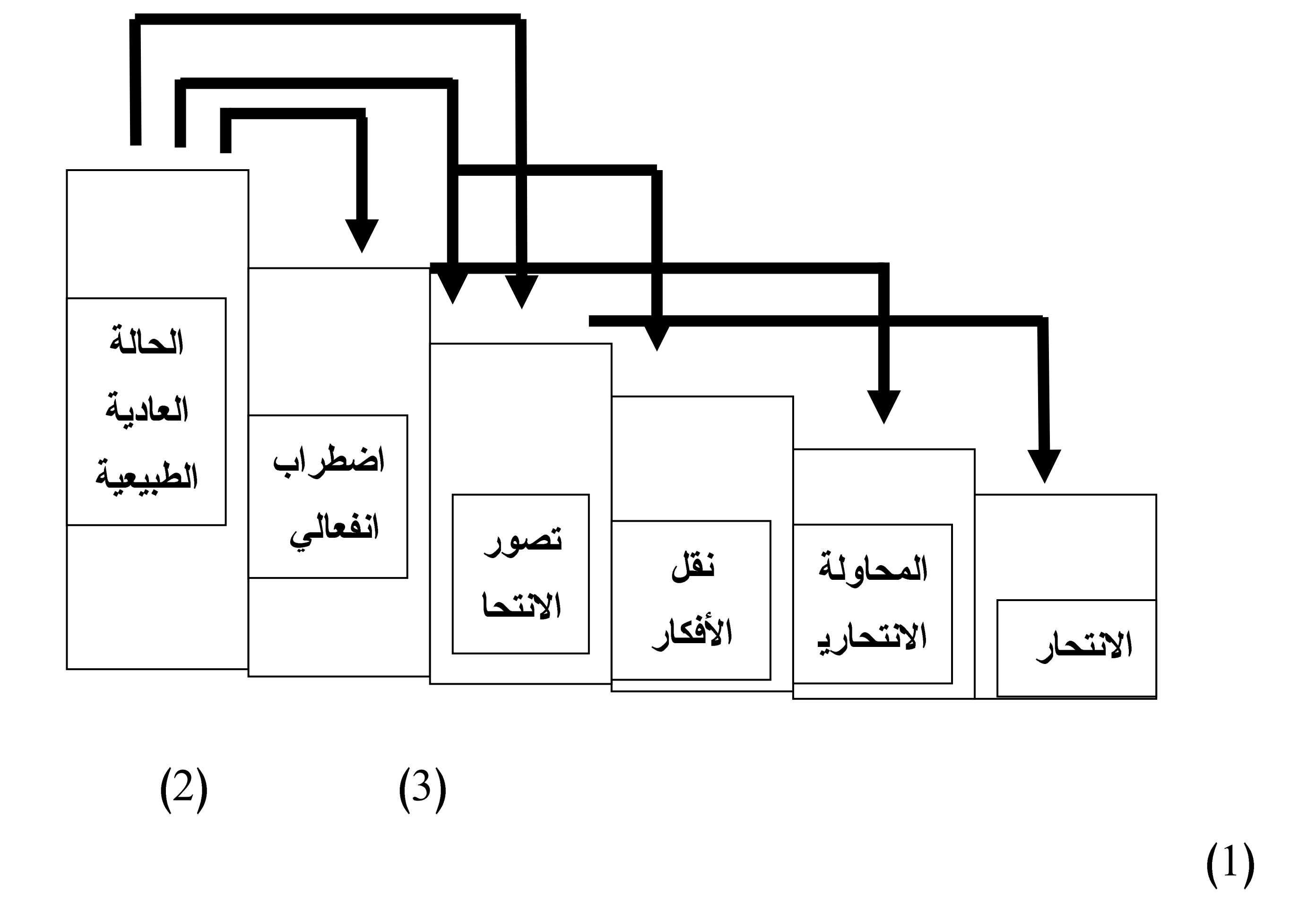
11- سيرورة الفعل الانتحاري ومراحله :

يؤكد دفري Devries (نقلا عن نقلا عن Wilmotte et al 1986) أن الانتحار يمكن فهمه من خلال السيرورة التي توضح أربعة مفاهيم تشمل : تصور الانتحار، التهديد،

المحاولة الانتحارية، الانتحار. وظهور أي واحد من هذه المفاهيم قد يكون مرتبطا بحالة عقلية عادية أو حالة انفعالية مضطربة.

وقد وضع شبكة تحليلية تمثل درج escalier في قمته تظهر الحالة العقلية الطبيعية، أما باقي الدرجات فهي مراحل اقترحها دفري Devries (نقلا عن نقلا عن Wilmotte et al 1986) تنتهي بالانتحار. ويؤكد أن كل المرضى قد قاموا بنزول هذا الدرج بشكل متسلسل ومتتابع أو قاموا بالقفز على عدد معين من الدرجات.

والشكل التالي يوضح وجهة نظره :



1- انشغالات فلسفية.

2- الانتحار العقلاني.

3- الانتحار الصامت.

شكل رقم (02) : سيرورة الانتحار حسب دفري Devries .

هناك عدة اتجاهات حاولت وصف السيرورة التـــي يتبعهـــا الانتحـــار أو المحاولة الانتحارية قبل التجسد، وحسب **وجهة نظر الطب العقلـــي الفرنســـية،** فإن الانتحار يمر بثلاث مراحل :

1 – مرحلة ما قبل الانتحار :

وتسمى أيضا أزمة ما قبل الانتحار وتتميز بـــ :

- تضيق حقل الشعور.
- عودة العدوانية نحو الذات.
- أفكار الموت وأفكار الانتحار.

2 – المرور إلى الفعل الانتحاري :

هنا تظهر اندفاعية فجائية وقهرية لتحطيم الذات وهذه الاندفاعية ترجـــع لوجود حالة قلق وحصر كبيرين .

3 – مرحلة الانتحار الفعلي :

حيث يكون المنتحر قد حضّر فعله هذا وأصر عليه وأقدم علـــى تنفيـــذه (Inessm 1995).

أما **وجهة نظر الطب العقلي الكندي**، فإنها تؤكد أن الانتحار لا يتم فجأة وإنما وفق سيرورة تســـمى "الســـيرورة الانتحاريـــة " Processus Suicidaire ويمكن حصر مراحل هذه السيرورة فيما يلي :

1– حدوث مشكلة :

تبدأ السيرورة الانتحارية لما تقع مشكلة للشخص ولا يجد لها حلا ملائما، تزداد المعاناة فتظهر الرغبة في الهروب من هذه المشكلة .

2– التفكير في الانتحار :

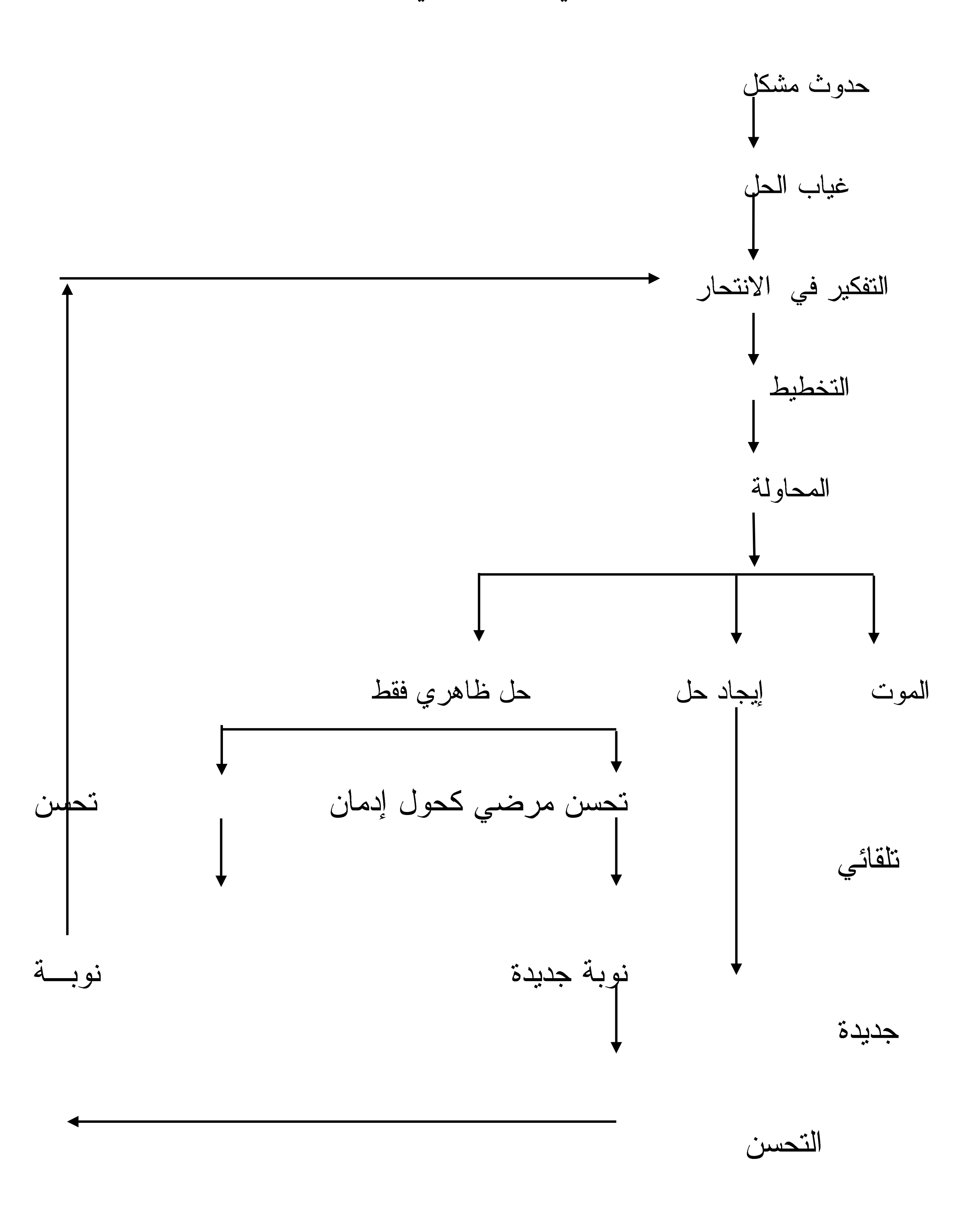
تظهر فكرة الانتحار كحل للمشكلة، وتكون هذه الفكرة عابرة والتخطـــيط للانتحار ما زال يكتنفه الغموض وعدم الوضوح. وهنا يبدأ الشخص في إرسال إشارات ورسائل عن نيته في الانتحار وتكون بطريقة مباشـــرة، أي لفظيـــة أو بطريقة غير مباشرة من خلال تغير في السلوك (الانعزال، إدمان أدوية، إدمان كحول ومخدرات ...).

3 – المرور إلى الفعل :

إذا لم يُحل مشكل الشخص أو على الأقل تُخفف معاناته فإنه يمـــر إلـــى الفعل، بعدما يزداد إصراره على الموت ويتوضح تخطيطه لذلك.

إن الانتقال من المرحلة الثانية إلى الثالثة قد يكون قصيرا لا تتعدى مدته 24 ساعة .أما مدة المراحل الثلاث معا فقد تتـــراوح بـــين 6 إلـــى 8 أســـابيع (Morrissette, 1997).

ويمكن تلخيص هذه المراحل في الشكل التالي :



الشكل رقم (03) : السيرورة الانتحارية حسب موريسات (Morrissette(1997

12- أشكال الانتحار :

يؤكد العديد من الباحثين على أهمية النظر إلى الأشكال المختلفة للانتحار، وذلك بهدف التعرف على مختلف العوامل والطرق التي يمكن أن تدرج فيما بعد ضمن برامج الرعاية والتكفل النفسي. وعادة ما يقسم العاملون في مجال الطوارئ النفسية الانتحار إلى :

12 -1- الانتحار الناجح :

في هذا النوع من الانتحار، الموت محقق والتدمير الذاتي نهائي، رغبة الموت تتحقق هنا عبر سلوك محكم التنفيذ، فيه تفارق طاقة الحياة الجسد إلى الأبد ولا تنفع معه كل محاولات العلاج، فالميت ضحية ذاته والمنتحر لم يترك أية وسيلة لإنقاذه (أحمد عياش، 2003)

12-2- الانتحار الفاشل :

في هذا النوع من الانتحار رغبة الموت موجودة إلا أن السلوك الانتحاري غير محكم التنفيذ لذلك لا ينتهي هؤلاء إلى الموت، صحيح أنهم يحاولون تدمير ذاتهم غير أنهم يفشلون، وذلك إما لسرعة تدخل المحيط لإنقاذهم وإما لضعف التدبير لعملية الانتحار، والفرق شاسع بين الحالتين، ففي الأولى القرار حاسم بالاستقالة من الحياة بالرحيل عن هذه الدنيا التي يعتبرونها لا تساوي شيئا ذا قيمة، و لا تستحق الحياة كل هذا العناء . وهي أقرب أو توازي بالحدة والفعل الانتحار الناجح ولا تقل خطورة عنه، أما في الحالة الثانية لدى الضعف في التدبير لعملية الانتحار فليس الهدف الموت بل توجيه رسالة ابتزاز أو تهديد أو نداء استغاثة للآخرين، لذلك يأتي التدبير ضعيفا غير متماسك .وفي بعض الأحيان يعلنون للآخرين رغبتهم في الانتحار قبل الشروع فيه بدقائق معدودة يحددون لهم الطريقة والمكان والزمان (أحمد عياش، 2003)

13- شخصية المنتحر :

ليس من السهل تحديد الخصـــائص النفســـية أو المعرفيـــة للأشـــخاص المحاولين الانتحار أو المستهدفين بهذا النوع من التدمير الذاتي، ورغم ما يقدمه الباحثون كخلاصة ما انتهت إليه أبحاثهم إلا أنه من العسير الجزم بهذه النتـــائج التي تبقى دوما محكا تشخيصيا يحتاج لإعادة النظر حسب ما تقتضيه الظروف والملابسات .

ومن بين الذين اهتموا بتحديد أبعاد شخصية المحـــاولين الانتحـــار نجـــد فخري الدباغ (1986) الـــذي تبنـــى وصـــف كارســـتيرز للشخصـــية المعرضة للانتحار وهذا وفق المواصفات والخصال التالية :

- شخص وحيد
- أعزب أو مطلق
- يعيش في غرفة أوفي نزل أو في فندق
- متزوج ولكنه قليل الأطفال (إذ كلما زاد طفل قل احتمال الانتحار)
- ضعيف الإيمان بالدين
- ربما مدمن على الخمر

ورغم افتراض وجود شخصية انتحارية يبقى هذا مجرد استعداد للموت، والقرار الأخير يتوقف على مجمل ومحصلة الظـــروف المحيطـــة وعلـــى المواقف والشدائد التي تؤثر في شخصية وتفكير الفرد لتقوده إلى قتل الـــذات .

من جهته يؤكد أحمد عياش (2003) أن من سمات شخصـــية المنتحـــرين والمختلفة حسب الناس إلا أنه في أغلب الأحيان تتمتع هذه الشخصيات بســـمات مشتركة كضعف النضج العاطفي، والتبعية للآخر، إضافة للرقة في المشـــاعر والجبن والخوف من الألم وضعف التدبير أمام الأحداث، وغالبا مـــا يُعرفـــون

بالاستسلام والانهزام السريع و فقدان الأمل وتعظيم مصائبهم وتحقير إمكاناتهم الخاصة .

في نفس السياق يذهب مكرم سمعان (1964) إلــى أن الشــخص الــذي تتضح لديه السمات التالية أو بعضها يحتمل أن يقدم على تنفيذ الانتحار.

قام جاميسون Gamieson وفال Wall بدراسة على 25 حالة انتحار سنة 1933 كمـــا قـــام دافيدســـون Davidson ورفايـــل بـــورز Powers وبريريدج Brerridge في استبارهم لــ 3021 طالبا مريضا عــام 1937 فـــي مركز خدمات الصحة العقلية بجامعة ميتشقان فوجدوا أن من بين العينة الكلية يوجد 313 حالة كانت ميولهم الانتحارية خطيــرة، وقــد وصــفوا شخصــية المريض الانتحاري بالفجاجة وعدم النضج و بالطفلية في فهم الأمور والحكــم عليها وبالخوف الزائد وعدم الاطمئنان في مواجهة مواقف الحياة، وتتسم أيضــا بالحساسية الزائدة والقابلية للتهيج بشدة، وبعدم اتزان انفعالاته، كما تتسلط على شخصيته أفكار قهرية مصحوبة برغبات قوية في الموت، ولذلك فهو غالبا مــا يعاني من الأرق ويحتفظ بنزعات عدوانية أو رغبــات لا شــعورية محرمــة، وكثيرا ما يتحدث عن الشعور بالإثم ويهتم بالعقاب الزائد ويستعذب الألم، كمــا يعاني من الإحساس بالتفاهة وعدم الطمأنينة وفقدان الذاكرة أحيانا.

وتؤكد دراسة روبنز (1959) Robins ودراسة يســلر (1960) Yessler ودوربات (1960) Dorpat أن الانتحاريون يميلون في الغالب إلــى توصــيل قصدهم الانتحاري وتكراره بصورة أو بأخرى وأكثر تواصلهم شيوعا عبارات : الرغبة في الموت، أو أنه من الأفضل للأسرة أن يموت، أو تعمده الانتحــار بصورة مباشرة، ويذكر الانتحاريون هذه العبارات في فترة زمنية قد لا تزيــد على سنة قبل تنفيذ المحاولة الانتحارية. وأكد بيكــو وجيلــز (1961) Becq, Glaze أن الانهباطي بوجه عام يصبح شديد الميل للانتحار وقد ينفذه فجأة حين

يكون على أهبة الشفاء، ويَرُدُ الباحثان ذلك إلى ما ينتاب المريض من حساسية زائدة أو قهر مستمر، ولذلك نبها إلى خطورة الاكتفاء بالعلاج الجسمي دون العلاج النفسي (مكرم سمعان، 1964) .

من جهته يؤكد محمد الحجار (1998) أن الذين ينزعون نحو محاولة الانتحار يتسمون بعاطفة متناقضة حيال رغباتهم في الموت، وينجم عن محاولة الانتحار رغبة جامحة قوية في البقاء على الحياة، وحاجة للاتصال مع الغير طلبا للعون والإنقاذ. وعندما يتم التخطيط للانتحار وتظهر سلوكيات الانتحار التي لا تنجح فغالبا ما تسمى إيماءات الانتحار Suicide Gestures التي تكون بذات طبيعتها اتصالية (أي تميل إلى تبليغ النيات بالانتحار إلى الآخرين)

فيما يتعلق بالدراسات الجزائرية توضح بن شيخ فتيحة (2005) fatiha Bencheikh أن دلالة التفاعلات الاجتماعية للفرد المنتحر تتميز بالتفكك العائلي، وتناحر الأدوار والصراعات، وسوء الاتصال، ضياع القيم، والشعور بالتهديد وفقدان الأمن، كما يتميز الشخص المنتحر بضيق الأفق، وغياب المشاريع المستقبلية، وكل هذه النقاط سببها الرئيسي التنشئة الاجتماعية السيئة والتي تؤدي فيما بعد إلى سوء تكيف الفرد مع المجتمع، كل هذا يجعل الفرد يدخل في حالة تتميز باليأس والعزلة وفقدان كل موارد الحياة.

14- الاتجاهات النظرية المفسرة للانتحار والمحاولات الانتحارية :

تشكل النظريات المفسرة للانتحار الأساس النظري والفكري الذي يأخذ منه العلماء آراءهم المختلفة في تفسير وعلاج مشكلة الانتحار، كما تساعد بشكل مباشر في عمليات وإجراءات الوقاية، وقد سلكت كل مدرسة مسلكا مختلفا في شرح ميكانزم حدوث الانتحار . وحسب هاروني موسى (2005) Harouni Moussa فإن الانتحار كغيره من السلوكات البشرية المعقدة والغامضة ولا يمكن

لأي نظرية بحد ذاتها أن تقدم تفسيرا واضحا، ولا يمكن فهم هذه الظاهرة إلا من خلال تعدد زوايا المعالجة ،كالنظر إليه من الناحية الاقتصادية، الاجتماعية، الأنتروبولوجية، والإكلينيكية. فعلى الصعيد السوسيو اقتصادي يمكن النظر لهذا السلوك من خلال البطالة والفشل المدرسي وغموض المستقبل وغياب المشاريع الحياتية، والطلاق ...أما من الناحية الأنتروبولوجية فالانتحار له علاقة واضحة مع التغيرات الحاصلة على مستوى الطقوس وغياب المعالم المهيكلة، أزمة الأسرة، أزمات التماسك الاجتماعي، نشأة الفردانية وظهور المنافسة، مشكلات متعلقة بالأمن ...، ومن الناحية الاكلينيكة فيظهر أن للعدوانية دورا هاما في تفعيل السلوك الانتحاري وهذا ما ذهب إليه أيضا أرلابوس وآخرون (1971) Arlabosse et al سواء كانت عدوانية موجهة نحو الذات أم الآخرين، وهذه العدوانية يحركها في الأصل الإحباط المرتبط خاصة بالعوامل السوسيو اقتصادية.

وسنحاول عرض الاتجاهات النظرية المختلفة التي عرفت إجماعا بين الباحثين وهي على النحو التالي:

14-1- الاتجاه العصبي :

تدرس الأبحاث الحالية التحولات داخل نقاط التشابك العصبية في الدماغ التي تلعب دورا محفزا في ازدياد عدد المستقبلات المختصة Recepteur بالسيروتونين. وقد بينت الدراسات أن انخفاض مستوى السيروتونين يرافقه ازدياد في محاولات الانتحار وكذلك العنف. وأظهرت هذه الدراسات وجود انخفاض السيروتونين أيضا عند مدمني الكحول وعند الذهانيين وبعض المجرمين، مما جعل البعض يعتبر أن ذلك الانخفاض دلالة على تنفيذ العنف.

كما أشارت الدراسات الأمريكية التي أجريت على التوائم أن التوجه الانتحاري كان مرتفعا عند التوائم المتماثلة بالعوامل الوراثية أكثر منه عند

التوائم غير المتماثلة بالعوامل الوراثية، لذلك يعتقد بعض العلماء بمسبب وراثي وراء ظاهرة الانتحار، خاصة جينة خميـــرة التريبتوفـــان هيدروكســـيلاز فـــي الأنترون السابع

Le Gene De L'enzyme Tryptophane Hydroxylase In Intron 7 (أحمد عيـــاش، 2003).

كما يشير التقرير الطبي الصادر عن قسم الطب النفســـي فـــي جامعـــة ميتشقان 1997/12/29 تحت عنوان " علاقة البيولوجيا العصبية بالانتحار" إلـــى أن هناك خلل في نظام السيروتونين Serotonine System 5HT الناتج عن خلل عصبي بيولوجي Neurobiologique كثيرا ما يرافق عمل الانتحار.

كذلك فإن النشاط الزائد لمحور ما تحت المهاد – النخـــامي – الكظـــرين Axe Hypothalamus Pituitaire HPA مثبـــت عنـــد ضـــحايا الانتحـــار . بالإضافةإلى المحور الغددي العصبي Neuroendocrine الـــذي عـــادة ومـــن الطبيعي أن يستجيب وظائفيا عند حالات الإجهاد الجسدي والنفسي وذلك عبـــر إفراز مادة الكورتيزون الذي يؤثر بـــدوره فـــي جهـــاز اللمبيـــك Limbique Systeme في الدماغ خاصة منطقة Hypocampus .

وقد أكد هذا التقرير أن الدراسات التي أجريت على الجـــرذان بينـــت أن التحولات التي حصلت على مستقبلات الســـيروتونين 5HT Serotonine عنـــد أطراف الخلايا العصبية وفي مناطق التشابك بالذات Synaps ناتج من النشاط الزائد لذلك المحور ما تحت المهاد–النخامي –الكظرين Axe Hypothalamus Pituitaire HPA.

وهذا ما أدى إلى استخلاص الآتي :

أ –الضغط المزمن يؤدي لازدياد مستوى الكورتيزون عند الجرذان.

ب– لضغط المزمن يؤدي لتحولات في مستقبلات السيروتونين.

ج- مضادات الاكتئاب تلعب دور وقاية ضـــد التحـــولات فـــي مســـتقبلات السيروتونين الحاصلة بعد الضغط.

د- مضادات الاكتئاب تخفف من النشاط الزائد لمحور ما تحـــت المهـــاد – النخامي – الكظرين (أحمد عياش، 2003).

نفس الرأي يذهب إليه زياد عدوان (1990) حين أكد أن دراســـة أدمغـــة المنتحرين تشير لوجود مستويات منخفضة مـــن الســـيروتونين 5 Hydroxy Indol Acetic Acid - 5 Hiaa. وفي تقرير أحد الدراسات تبين أن مـــن حـــاول الانتحار وفشل مع وجود مستوى منخفض من 5HIAA ينجح بنسبة أعلـــى بـــ 10 مرات عنها عند الأشخاص ذوي المستويات العالية من 5HIAA. كما وجد أن من يستعملون وسائل عنيفة في الانتحـــار مثـــل البنـــادق يملكـــون مستويات من 5HIAA أشد انخفاضا من أولئك الـــذين يســـتخدمون وســـائل انتحار أقل عنفا. ولدى معايرة فعالية خميرة MAO في الدماغ والصـــفيحات وجد انخفاض واضح عند المنتحرين.

14-2- الاتجاه السيكاتري :

يؤكد المشتغلون بالطب العقلي الارتباط الوثيق بين الصحة العقلية وبـــين السلوك الانتحاري، ويعززون هذا الارتباط ببيانات إحصائية تشير إلى ارتفـــاع نسبة المصابين باضطرابات عقلية معينة ممن قاموا بتنفيذ الانتحار أو شـــرعوا فيه، وهم يخلصون إلى نظرية تكاد تؤكد أن وراء كل فعل انتحـــاري مـــرض عقلي بدرجة ما .

ومن بين الدراسات التي تؤكد ذلك تلك الدراسة المستفيضة التي قام بهـــا الطبيب شتنجل وزملاؤه عام (1958) على 737 حالة في لندن حيث اتضح فيها أن 89% من المنتحرين و69.4% من الشارعين كانوا يعانون مرضا نفســـيا أو

عقليا في مستويات متغايرة .وقد قـام باسـتخلاص السـمات المشـتركة فـي الشخصيات الانتحارية مجموعة من علماء النفس، حيـث وصـفوا شخصـية المريض الانتحاري بالفجاجة وعدم النضج، وبالطفلية في فهم الأمور والحكـم عليها، وبالخوف الزائد وعدم الاطمئنان في مواجهة مواقف الحياة .وتتسم أيضا بالحساسية الزائدة والقابلية للتهيج بشدة، وبعدم الاتزان في الانفعالات. أو تتسلط على شخصيته أفكار قهرية مصحوبة برغبات قوية في الموت، ولذلك فهو غالبا ما يعاني من الأرق، كما يحتفظ بنزعات عدوانية أو رغبات لاشعورية محرمة، وكثيرا ما يتحدث عن الشعور بالإثم ويهتم بالعقاب الزائد ويستعذب الألم، كمـا يعاني من الإحساس بالتفاهة وعدم الطمأنينة وفقدان الذاكرة أحيانا .وقد تكـون حالة التحسن المفاجئ من المرض دالة توقع الإقدام على الانتحار، كما لـوحظ أيضا وقوع سوابق انتحارية سواء في حياة المريض أو فـي تـاريخ أسـرته .فالمريض الذي تتضح هذه السمات أو بعضها لديه يحتمل أن يقدم على تنفيـذ الانتحار (محمد مياسة، 1972).

ومن خلال الخبرة الاكلينيكة والدراسات الأولـى التـي أجريـت علـى المنتحرين والشارعين في الانتحار من رواد المصحات والعيادات العلاجية في القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين اتضـح ارتفـاع نسـبة المصـابين باضطرابات عقلية معينة ممن قاموا بتنفيذ الانتحار أو شرعوا فيه، حتى كـادت نسب المرض العقلي أن تتماثل مع نسبة المنتحرين وقد بهرهم ارتفاع الارتباط بهذه الصورة حتى تقدموا خطوة أخرى بعد الارتباط وذلك بالإشارة إلى علاقـة سببية بين المرض العقلي والانتحار أو الشروع فيه.

ومن أهم هذه الدراسات (نقلا عن مكرم سمعان، 1964) التـي كشـفت عن ارتفاع نسبة الاضطراب العقلـي بـين المنتحـرين دراسـات فسـرماير Wassermryer وشـتلزنر Stezner عـام 1906 فـي ألمانيـا

وسترنز(1921) Sterns في الولايات المتحدة الأمريكية وسوزان سيران S.Serini 1925 في فرنسا. فقد وجد فسرماير وزميله عام 1906 أن نسبة الجنون بين 169 منتحرا كان 30% من الذكور و72% من الإناث، وقد اتضح لهما أن أغلب حالات الجنون اقترانا بتنفيذ الانتحار هي الميلانخوليا الدورية Involutional Melanncolia في مرحلتها الانهباطية وحالات الهذاء الحادة والمزمنة، وخبل الشيخوخة والفصام.

وأكد شترنز(1921) Sterns في ولاية ماساشوسيت أنه وجد بين 167 حالة انتحار 52.7% مصابين باضطراب عقلي على نحو ما وأن 38.9% آخرين كانوا ذهانيين فعلا .وقد تتبعت سوزان سيران 430 حالة انتحار في باريس 1926/1925 فوجدت أن حوالي 36% منهم كانوا مصابين بمرض عقلي بصورة ما وأن حوالي 30% آخرين كانوا مصابين بجنون إدمان الكحوليات.

وعندما اصطنع المشتغلون بالطب العقلي في دراساتهم الحديثة منهجا تشخيصيا أكثر دقة وتبلور تخطيط بحوثهم بصورة أكثر إحكاما ووضعوا في اعتبارهم حدود البحث ونتائجه بدأ الشك في هذه النسب المرتفعة .ثم توالت البحوث التي أكدت انخفاض نسبة انتشار الأمراض العقلية بين المنتحرين عامة، فقد أشارت كافان (1932) Cavan في دراستها على 291 منتحرا في شيكاغو إلى أن 58 حالة أي 28% كانوا يعانون من جنون سابق أثناء تدبير سلوكهم الانتحاري.

وفي مسح إحصائي للشروع في الانتحار خلال عشر سنوات (10) شمل 1817 حالة شروع في الانتحار وجد بيكر (1938) Piker أن نسبة الذهان بينهم لم يتعد 8.1%. وأثبت الباحثان سيورز ودافيدوف (1943) Siewers, Davidoff أن ثمة 34 ذهانيا فقط، أي ما يعادل نسبة 22.7% بين 150 شارعا في الانتحار من نزلاء أحد المصحات العامة، ولكنهما أشارا إلى ارتفاع هذه

النسبة بين مرضى المصحات العقلية حيــث بلغــت 80.7% مــن المرضــى الشارعين في الانتحار بإحدى مصحات الأمراض العقلية .ويؤكد هذا الاتجــاه الفرق بين نسب الانتحار في المجتمع الكلي من جهة وفي مجتمع المصحات من جهة أخرى .

يمكن أن نستنتج أن للمرض العقلي دور لا يســتهان بــه فــي ظهــور السلوكات الانتحارية على اختلاف أشكالها، ولكن لا يمكــن أن نرجــع جميــع المحاولات الانتحارية أو حالات الانتحار الناجح إلى اضطراب القدرات العقلية أو الإصابة بأحد الأمراض العقلية الخطيرة، إذ تؤكد الممارسة الميدانية على أن الكثير من حالات الانتحار والمحاولات الانتحارية إنما يعود سببها الحقيقي إلى عوامل أخرى، كانت حجر الزاوية في اتجاهات نظرية أخرى سنذكرها لاحقا .

14-3- الاتجاه التحليلي :

يلخص فرويد نظريته في الانتحار بقوله أن المنتحر يقع فريسة لغريزة أو انفعال عدائي سادي، أخفق في التعبير عن نفسه فانعكس على الــداخل، علــى الذات نفسها .وأن الاكتئاب هو عنصر حساس في خلق هذه الميــول العدائيــة، بذلك يمكننا أن نفهم كيف يجتمع الحب والكره معا وكيف يكــون الألــم لذيــذا والموت مقبولا، بل إن المثنوية العاطفية تبرز بوضوح وتبرهن على أن الإنسان قد ينتحر وهو يرمي إلى قتل غيره أو يريد الموت، وهو يعني الحياة الســعيدة التي يمكن أن يحياها (فخري الدباغ، 1986).

يعود رأي علماء التحليل النفسي أساسا إلى رأي فرويد في تفسير مشــكلة السلوك الانتحاري، ويقوم تفسيره على أن ثمة غريزتان تتحكمان في الإنســان إحداهما الحياة وهي وراء كل سلوك يؤدي إلى إقامة علاقات ايجابية بناءة وأداء

أفعال إبداعية خلاقة، والثانية الموت وهي أساس كل سلوك عـدواني مـدمر. وتجري بين هاتين الغريزتين عملية تحول وإبدال لا شعوري.

ويقوّم العالم النفسي رولف نظرية فرويد هذه قائلا أن الشخص الذي يُقبل على الانتحار يتميز بشخصية عاجزة عن مواجهة مواقف التهديد بما تتضـمن من فشل وحرمان، فيفقد وجدان التقدير الذاتي وتنمـو فيـه نزعـات همودية وعدائية ونكوصية، وقد تغمر وجدانه كراهية شديدة ضد من تسبب في حرمانه وإحباط رغباته، وتتملكه رغبة في الانتقام منه، ولكن ثمة ظروف اجتماعية قـد تمنع تحقيق هذا الانتقام أو قد تحول شدة ضغط الوجدان دون ذلك، فيرتد الانتقام إلى الذات نتيجة الفشل في توجيهه للخارج، ويدمر الإنسان نفسـه بـديلا عـن الآخر (محمد مياسة، 1972).

ويؤكد فيخل على أفكار فرويد ويطورها في منحى آخـر ،إذ يعتقـد أن الحياة تعني شيئا من احترام الذات وأن الأنا يشعر بالطمأنينة والاستقرار تحـت رعاية الأنا الأعلى أو ما يقوم مقام الضمير الأمثل فـي العـرف الاجتمـاعي والأخلاقي، فإذا كان الأنا الأعلى عدائيا ساديا فإن الأنا يشعر بالكره تجاهه ويود تحطيمه بدوره، وبما أن الأنا الأعلى قد نتج عن امتصاص الشخصيات الحبيبـة للأنا فإن الانتحار يعني قتل تلك الشخصيات الحبيبة الممزوجة في الأنا الأعلى، على أن الأنا لا يزال يأمل خياليا بأنه يستطيع قتل الأنا الأعلى القاسي وحـده فقط ليتمكن أن يتراضى مع الأنا الأعلى الآخر الطيب الرحيم، وهنـا يتجلـى الوجه الثاني لعملية الانتحار (فخري الدباغ، 1986)

ويؤكد مننجر Menninger الذي تلقف مفاهيم فرويد الأساسـية (غريـزة الموت أو التدمير والنزعات السادومازوشية وآليـات الـتقمص والامتصـاص والإبدال) وربط بينهما وبين الاشتقاق اللغوي للمفهوم الألمـاني Selbmortem أي قتل النفس بنفسها، من حيث دلالة المفهوم على وحدة القاتل والمقتـول فـي

شخص واحد، ثم قام بتحليل هذا السلوك إلى عناصر ثلاث في مقابل التكـــوين الثلاثي الفرويدي للبناء النفسي، فالسلوك الانتحاري ينطوي على رغبة في القتل (عدوان) ورغبة في أن أُقتل (عقاب) ورغبة في الموت واستسلام لـــه (مكـــرم سمعان، 1964)

من جهته يؤكد أحمد عياش (2003) أنه في حالات الاكتئاب يصعب على الأنا فك أواصر المحبة ،بل يشعر بالإثم واللوم إن فعل ذلك، وهو لـــوم موجـــه إلى الشيء المفقود والذي غدر به وغاب عنه، وبما أن الحبيب غائب فالأنا ذاتها هي الملامة لأنها تقمصت الحبيب، وقد يوغل هذا العذاب واللوم للـــذات التـــي تقمصت الحبيب المفقود والمكروه لغدره بغيابه إلى حد تحطيم الذات وتـــدميرها اعتقادا بتدمير الحبيب الممتزج فيها (الحبيب – العـــدو) وبهـــذا العمـــل يـــتم الانتحار.

كما أن المنتحر يقع ضحية لدوافع عدائية نابعة منه، إلا أنها أخفقت فـــي التعبير عن نفسها فانعكست إلى الداخل في اتجاه الذات لتدمرها، أما المؤســـس لتلك الدوافع العدائية فهو الحزن المرضي أي الاكتئاب، لذلك بإمكاننا فهم كيف يجتمع الحب والكراهية معا وكيف يتحول الألم للذة ويصبح المـــوت مقبـــولا. وبذلك ينتحر الإنسان وهو يرمي إلى قتل غيره أو يبغي الموت وهو يعني الحياة السعيدة التي يمكن أن يحياها.

وقد أكد فرويد على مفهوم "الحزن والميلانخوليا " أو الحداد والاكتئاب في تفسير الانتحار، حيث أن الإنسان يولد وهو مجموعة غرائـــز وميـــول غيـــر مصقولة وغير اجتماعية، وباحتكاك الطفل بمحيطه وواقعه بما فيه من عقبـــات وألام ورفاه ...يدرك واقعه شيئا فشيئا ويعي نفسه بالنسبة لغيـــره، وحينـــذاك تتكون شخصيته العاقلة الواقعية وهي الأنا، وفي بضـــع ســـنين تتعلـــق أفكـــار وعواطف الإنسان بمثل عليا وشخصيات مرموقة ،يتطلع إليها بإجلال وإكبـــار

واحترام وهي شخصيات أبوية ومصدر المحبة والألم، وبالتالي يتكون القسم المثالي الكمالي، الضمير الحاكم المتطلع إلى الكمال ويتقمص شخوصه وأماله.
ويرى فرويد في "الحزن والميلانخوليا" بأن فقد الحبيب سواء كان شخصا أو رمزا كالحرية أو الوطن يؤدي إلى حالة الحزن والحداد. والحزن انفعال سوي ولكنه ينقلب عند بعض الناس إلى اكتئاب مرضي وعندما يكتشف الأنا بأن الحبيب قد اختفى من الوجود وأن عليه أن يسترجع كل العلاقات والروابط العاطفية التي كانت متصلة به فيشعر بالحداد، ولكن عملية استرداد عواطف اللذة والألفة ليست من السهولة بمكان، إذ أنها كانت تغذي تلك الغريزة الحيوية الليبدو، فهل يتجاهل الأنا هذا الفراغ الذي تركه الفقيد ويبقى تائها في عوالم من الأوهام أو الذهان ؟ أم أن الواقع يضطره إلى الاعتراف والتسليم بفقدان الحبيب.

إن الحزن الطبيعي يمر بتلك المرحلة من الحداد سريعا ويرجع الإنسان بعدها إلى دنيا الواقع لينقل أواصره إلى مواضع أخرى للمحبة واللذة.أما في حالة الميلانخوليا والاكتئاب السقيم فيصعب على الأنا سحب أواصر المحبة، بل أنه يشعر بالإثم والملامة ،وهو لوم موجه إلى الحبيب المفقود الذي غدر به وهجره ،وبما أن الحبيب غير موجود فعلا فهو إذن الملوم لأنه كان جزءا منه ومتقمصا له.

وهكذا تنسحب العواطف الحيوية من الفقيد لترجع إلى الذات، فإذا كانت كل تلك العواطف محبة وإجلالا فإن المحبة تعود إلى الذات ويصبح الفرد محبا لذاته وهذا هو محور النرجسية، ولكن غالبا ما يكون اختفاء الحبيب مولدا لعاطفة من الحنق، الكره واللوم ضده لأنه هدف محبته، فيصبح الفقيد موضع كره وعداء لأنه اختفى من الوجود وبالتالي فإن كل العواطف المتعلقة به ترد إلى الذات ويصبح (تعذيب الحبيب الفقيد) لذيذا ومستساغا لدى الفرد كعقاب لمناجاة ضده فيصبح تعذيب الإنسان لنفسه بمثابة تعذيب للحبيب الغادر .كما

يصبح تعذيب النفس لذيذا وممتعا لأنه امتصاص من الحبيب القاسي الذي تتقمصه النفس وهو محور السادية أو القسوة اللذيذة، وهو أيضا محور المازوشية أو الاستعداد لتقبل الألم والعذاب باستمتاع، وقد يوغل هذا التعذيب والتقريع للذات التي تقمصت الحبيب المكروه إلى حد تحطيم الذات وإفنائها، كي يتم القضاء على الحبيب العدو وبهذا يتم الانتحار (ناجي الجيوشي، دون سنة)

ويمكن تلخيص نظرية فرويد في تفسير السلوك الانتحاري أن المنتحر يقع فريسة لغريزة أو انفعال عدائي سادي أخفق في التعبير عن نفسه فانعكس على الداخل – الذات نفسها ليقتلها- وأن الاكتئاب هو عنصر حساس في خلق هذه الميول العدائية وبذلك يمكننا أن نفهم كيف يجتمع الحب والكره معا وكيف يكون الألم لذيذا والموت مقبولا، وبذلك ينتحر الإنسان وهو يرمي إلى قتل غيره أو يريد الموت وهو يعني الحياة السعيدة التي يمكن أن يحياها (ناجي الجيوشي دون سنة).

وهناك أراء أخرى تابعة للاتجاه التحليلي على رأسها آنا فرويد التي تؤكد على ما سبق ولكنها تضيف بأن الانقلاب والثورة على الأنا الأعلى يتم بعد أن يصبح الأنا متقمصا لشخصية عدائية أخرى لكي يستمد منها القوة والعداء (فخري الدباغ، 1986).

- **نموذج كارل مننجر :**

وهو أشد أتباع فرويد تحمسا في افتراض وجود قوى التحطيم والبناء، و خرج بتصنيف عمليات الانتحار إلى :

1 – الرغبة في القتل the wish to kill

إنه رغبة المنتحر في تدمير الآخرين إضافة لتدمير نفسه، حيث أن المنتحر يقوم بالانتحار لأنه شخص تأذى من قبل شخص أقوى منه، وهذا ما

دعا للاعتقاد بأن المنتحر شخص يريد الانتقام .وفي كتابه "الإله المتـــوحش " أو "الآلهة البرية" كتب ألفاريز " أن الانتحار هو بشكله الأساسي محاولة للـــتخلص من الروح الشريرة في النفس، وعنى بذلك أن المنتحر لا يريد قتل الذين حولـــه فقط، وإنما يريد أن يقتل أحد الناس الذين جعلهم جزءا من نفسه .فالمنتحر يخلق في نفسه وحشا يريد قتله، وغالبا ما يكون الوحش صورة لأحد الأبـــوين الـــذي ترك الولد أو توفي، والذي يعزو الطفل إليه سبب شعوره بالغضب .

إن الرغبة في القتل موجودة عند كل واحد لكنها كامنة لا تنشط إلا عنـــد حدوث الإحباط، لكن فرويد يعترض على هذه النظرية بقوله " أنها مقبولة مـــن الشعراء أكثر من العلماء"

2 – رغبة الإنسان في أن يُقتل the wish to be killed

إذا عانى الطفل من الرفض والترك بشكل حقيقي من قبـــل أهلـــه فإنـــه سيشعر بالغضب بشكل أكبر، وهذا ما يسبب له قلقا كبيرا وشعورا بالذنب لأنـــه يريد أن يُبقى أهله على قيد الحياة ويتمثل الطفـــل مـــع والديـــه (التماثـــل مـــع المعتدي identification with the agressor) ويوجه عدوانيته نحو أهله الـــذين أصبحوا جزءا منه، وبنفس الوقت يكون قد عاقب نفسه على ميوله الإجرامية.

والطفل الذي عانى خلال طفولته من مشاعر الحب والكره تجاه والديه ثم كبر وفقد شخصا أحله محل والديه – زوج، حبيب – سيفعل نفس الآلية (أنـــا لا أريد قتلك، أنت تريد قتلي) وفي مرحلة لاحقة (أنت في داخلي وسأقتلك قبل أن تقتلني) وأفضل طريقة لفهم كوننا جميعا نتمنى أن نقتل ونُقتل هو تذكر الكوابيس التي كنا نقتل أو نُقتل فيها.

إن كل شخصيات تلك الأحلام – نحن والآخرون – أي القاتل والضـــحية تمثل صورا لأنفسنا، كما أن الرعب الذي نعانيه في تلك الأحـــلام يعبـــر عـــن الدوافع الإجرامية في أنفسنا .

3 – الرغبة في الموت – الرغبة في الاتحاد the wish to die –the wish for reunion :

إن الانتحار رغبة بعودة الاتحاد مع الوالد المكروه والمحبوب في نفس الوقت .

4 – رغبة الشخص في أن ينقذ the wish to be rescued :

إن كل منتحر ولو اختلفت الدرجة التي يريد أن يُنْقَذَ فيها، وهو يُريد أن يُنقذ ويريد أن يشعر أن هناك من يريده أن يعيش، إنه يهيئ أمر انتحاره بحيث تتواجد فرصة ما، تسمح بإنقاذه من قبل شخص مهتم بأمره (ناجي الجيوشي ،دون سنة).

يمكن أن نلخص الاتجاه التحليلي في دور نزوات الموت والحياة ومشاعر الميلانخوليا والاكتئاب الشديد، باعتبارهم الأسباب الحقيقية الكامنة خلف السلوك التدميري، ومنه الانتحار أو المحاولات الانتحارية، مرورا بالتقمصات والديناميكية الحاصلة بين عناصر الجهاز النفسي (الهو، الأنا، الأنا الأعلى).

14-4- الاتجاه السلوكي :

يرى سكينر Skinner أن الانتحار ينتج بالضرورة عن التعلم، كما يؤكد كاتنزارو Catanzaro أن الانتحار ينتج عن التبعية لسلوكات متعلمة، كما يضيف فريدريك ورزنيك Frederick , Resnik على أنه يمكن النظر للانتحار من خلال التعلم وهذا باعتبار أن المعادلة التالية توضح ذلك :

CS =PF x EF x (RF x MF) / PNS x ENS x (RNS x MNS)

حيث أن :

CS :السلوكات الانتحارية .

PF : المظاهر الهشة للشخصية (مثل : البنية الشخصية الاكتئابية).

EF : بيئة فقيرة من حيث المصادر.

RF: استجابات أو عادات مرتبطة بالسلوك الانتحاري ثم تعززت .

MF : دوافع مغذية لسلوك غير مرغوب فيه .

PNS : الخصائص الايجابية للشخصية التي تسمح بمواجهة الضغط بشكل فعال .

ENS:وجود /سهولة الحصول على مصادر ايجابية من البيئة .

RNS : عادات ايجابية في إدارة الضغوط.

MNS: دوافع مغذية لسلوك فعال ومرغوب فيه .

وكخلاصة للمعادلة المقترحة من قبل أصحاب الاتجاه السلوكي فإنهم يؤكدون بأن الانتحار يتم تعلمه كأي سلوك بشري آخر، ولا توجد علاقة بين الوراثة والانتحار، بل أكثر من ذلك لا يمكن مناقشة وتحليل أي سلوك انتحاري دون الرجوع إلى قوانين التعلم (Wilmotte et al, 1986)

ويؤكد أصحاب النمذجة وعلى رأسهم ديكسترا Diekstra الذي يقترح نظرية التعلم في تفسير الانتحار، أن السلوك الانتحاري يُعد محاولة تكيف أمام الأزمات الوجودية existentielles، وبالنسبة له فإن الرجوع إلى الإستراتيجية الخاصة بالسلوك الانتحاري يعود إلى وجودها في السجل الفردي le répertoire de la personne، وهذا يشير لتعرض الفرد لملاحظة مثل هذه السلوكات ووفرتها في بيئته، وهو ما يتعزز عن طريق التنشئة الاجتماعية، كما أن الانتحار طريقة للتكيف أمام الأزمات الوجودية، حيث تعلم الفرد هذه الطريقة الخاصة ووضعها في سجله الشخصي الذي هو خلاصة التنشئة الاجتماعية،

يرجع إليها كلما واجهته عوامل ضغط حياتية صعبة، مثل هؤلاء الأفراد كثيرو التردد على مصالح الاستعجالات الطبية، والانتكاسات محتملة جدا لديهم وبدرجة عالية، وهذا لأنهم اكتشفوا قدرة المحاولة الانتحارية كوسيلة هامة لجلب ما يريدونه، كما أنهم اكتشفوا قدرتهم على التحكم في العلاقات الاجتماعية والوسط الذي يعيشون فيه (Wilmotte et al ,1986).

من جهتها تؤكد بن شيخ فتيحة (Bencheikh fatiha (2005 أن دلالة التفاعلات الاجتماعية للفرد المنتحر تتميز بالتفكك العائلي، وتناحر الأدوار والصراعات، وسوء الاتصال، ضياع القيم، والشعور بالتهديد وفقدان الأمن، كما يتميز الشخص المنتحر بضيق الأفق، وغياب المشاريع المستقبلية، وكل هذه النقاط سببها الرئيسي التنشئة الاجتماعية السيئة والتي تؤدي فيما بعد إلى سوء تكيف الفرد مع المجتمع، كل هذا يجعل الفرد يدخل في حالة تتميز باليأس والعزلة وفقدان كل موارد الحياة .

14-5- الاتجاه المعرفي :

تؤكد النظريات المعرفية الرئيسية للاكتئاب (نظرية التشوه المعرفي لبيك ونظرية اليأس لأبرامسون) أن اليأس هو السبب الرئيسي والمباشر للانتحار وأن هناك أدلة قوية في صالحها ومن كل المنبئات النفسية بمحاولات الانتحار وعمليات الانتحار الكاملة وجد أن اليأس أفضل منبئ بل أنه من أفضل من الاكتئاب.

وهناك أيضا أدلة على أن الأشخاص الانتحاريين – كما تشير لذلك هذه النظرية- تكون لديهم مشاكل في طريقة تفسيرهم للأحداث. فقد قامت إحدى الدراسات بمقارنة مجموعة مراهقين انتحاريين بمجموعة مراهقين مودعين بمستشفى أمراض نفسية ولكنهم غير انتحاريين، ورغم أن المجموعتين لم تختلفا

في مستوى الاكتئاب إلا أنه كان من المحتمل بدرجة أكبر أن ينظر المفحوصون الانتحاريون إلى الأحداث السلبية على أنها خصائص ثابتة لبيئتهم، ففي رأيهم أنه لن يتحسن أي شيء.كما يتميز الانتحاريون بأنهم ضعاف أيضا في حل المشكلات، لذلك يقدم المعالجون المعرفيون لهذه النقائص والعيوب نفس العلاج الذي يقدمونه للاكتئاب وهو إعادة التدريب المعرفي الذي يتم فيه تعليم المريض كيف يتعامل مع المشاكل بنجاح وكيف يوجد حلولا للمشاكل (حنفي إمام، نور الرمادي ،2001).

14-6- الاتجاه الاجتماعي :

يُعد دوركايم Durkheim أول من تنبه إلى الانتحار بوصفه ظاهرة اجتماعية، فقد خصها بدراسة تطبيقية بعد أن رفض الأسلوب الفردي في دراسة الظواهر الاجتماعية (مكرم سمعان، 1964).

وقد وضع دوركايم (1897) Durkheim أساسا نظريا للانتحار، وتعرض لدراسة هذه المشكلة على أساس منهجي مغاير للطب العقلي وعلم النفس الفردي عامة، ووجه البحث إلى مجال جديد. وبهذا المنهج الجديد نقل دوركايم المشكلة من جهاز الفرد المغلق إلى مجال النظام الاجتماعي، بحيث يقول أن المجتمع هو المكون الأساسي لظاهرة الانتحار، ويوجد لدى كل مجتمع قوة جماعية ذات طاقة معينة تدفع الناس إلى قتل أنفسهم (العايش عبد العزيز، 2004)

وقد كان دوركايم الرائد في دراسة الانتحار من الناحية المحيطية والاجتماعية فقد فتح أفاقا جديدة وحول المعضلة الفردية للانتحار إلى تيار الحركة الاجتماعية العامة، أي أنه جعل من الانتحار ظاهرة سلوكية شبه وبائية ترتبط ارتباطا وثيقا بعوامل زمنية ومحيطية واجتماعية فهو لم يدرس شخصية الفرد ومقوماتها بقدر ما حاول دراسة العوامل الاجتماعية المؤثرة في السلوك

الانتحاري (فخري الدباغ، 1986) وتبين لدوركايم أن ظاهرة الانتحار إنما تعود إلى أسباب أخرى غير الجنس والوراثة أو التقليد أو إلى عوامل مرضية أو نفسية مرضية، كما لا يمكن أن تعود إلى الفشل في الحب أو الفقر أو إلى تأثيرات العوامل الجغرافية والبيئية أو حتى إلى دوافع شخصية وإنما طبقا لتحليلات دوركايم الإحصائية (نقلا عن صلاح مصطفى الفوال، 1982) تتجمع أسباب ظاهرة الانتحار في ثلاثة أشكال أساسية هي :

1 – الإحساس بالفردية :

حيث يرى دوركايم أن الفرد يحس بذلك الشعور عندما يجد نفسه معزولا اجتماعيا لانعدام الروابط وفقدان الصلة التي تربطه بالجماعة، وأوضحت التحليلات الإحصائية التي قام بها دوركايم أن الروابط الأسرية تجعل المتزوجين أقل عزلة وبالتالي يقل إحساسهم بالفردية وتنخفض بينهم نسبة الانتحار.

كما اتضح لدوركايم أن اختلاف الأديان في قدرتها على تدعيم الروابط الأسرية يلعب دورا سلبيا أو ايجابيا على معدل الانتحار وعلى هذا الأساس استنتج أن نسبة الانتحار بين الكاثوليك أقل منها عند البروتستانت وبالتالي عند البروتستانت يكون معدل الانتحار أقل من معدله عند الذين لا يؤمنون بدين معين .

2 – الإحساس بالتضحية أو الإيثار:

ويأتي ذلك نتيجة الإفراط في الإحساس بالواجب من قبل الأفراد تجاه المجتمع، الأمر الذي يدفع الفرد لأن يضحي بذاته في سبيل مجتمعه عندما يتيقن أن ذلك هو الواجب، ولكن الفرد قد يلجأ إلى الانتحار كنوع من الإحساس بالذنب عندما يأتي فعلا اعتبره سوءا – سواء بواسطة الفرد ذاته أو المجتمع–

مشينا للمجموع، وضرب دوركايم مثلا لهذا النوع بانتحار القائد الحربي عنــدما يخسر معركة ما .

3- الأسباب المجتمعية :

ومن أمثلتها التغير المفاجئ أو غير المنتظم الذي يــؤدي إلـــى اخـــتلال التوازن الاجتماعي للمجتمع ككل ومن أمثلتها ظهور الأزمات الاقتصادية التـــي تؤدي بالأفراد إلى عدم الإحساس بالأمان أو بعدم قيمة الحياة أو فقدان الحـــافز للاستمرار فيها، فيكون الانتحار هو أحسن الوسائل – فـــي رأي المنتحـــرين- للهروب والتخلص من تلك المآزق .

عرّف دوركايم الانتحار باعتباره نتيجة مباشرة أو غير مباشـــرة لعمـــل ايجابي أو سلبي نفذ عبر الضحية ذاتها والتي كانت تعلم مسبقا بحيثيات النتيجة، واعتبر الانتحار ظاهرة اجتماعية بل دلالة على الأخلاق السائدة في مجتمع مـــا .لذلك أنكر أو رفض التفسيرات المطروحة أو المعطاة في القرن التاسع عشـــر لدور الوراثة أو الجنون والمناخ وتقليد الأخر فـــي الانتحـــار، واتضـــح عبـــر الإحصائيات التبدلات في نسبة الانتحار في الزمان والمكـــان محـــاولا كشـــف العوامل المفسرة لتلك الظاهرة اجتماعيا، وهكذا كشف أن الانتحار يفضح سلطة المجتمع على الفرد .فالانتحار عنده يتأثر ويتغير بطريقـــة معاكســـة لتكامـــل المجموعات الاجتماعية فيما بينها، إذ أن الفرد جزء منتمي إليها.

أشكال الانتحار حسب دوركايم :

وقد قدم دوركايم وصفا لثلاثة أشكال من الانتحار :

1 – الانتحار الأناني .Le Suicide Égoïste :

يتأتى من الروابط الاجتماعية مع نزعة متطورة نحو الفردية التي بدورها تؤدي إلى انعزال الفرد وتقوقعه على نفسه، مع عدم القدرة على إيجاد دوافع أو

مبررات لوجوده أو الاستمرارية. فقد وجد دوركايم أنه في نهاية القرن 19 كانت نسبة الانتحار بين العازبين أعلى من نسبة الانتحار عند الأرامل والتي بدورها كانت أعلى من نسبة الانتحاريين المتزوجين، مما سمح له أن يستنتج أن للعائلة دورا في الوقاية من الانتحار (أي العيش داخل المجموعة والاكتمال فيها)، ثم وجد أن نسبة الانتحار ترتفع مع التقدم في العمر وربط ذلك بنهاية النشاط المهني عند هؤلاء، أي تحولهم للتقاعد ثم عزلتهم المتزايدة عن الأقارب وغيره، وهذا الانتحار يوضح كثرة الانتحار بين الأفراد الذين ينتمون إلى تكوينات أسرية غير متكاملة (كالطلاق مثلا) (أحمد عياش، 2003) .

2 – الانتحار الإيثاري Le Suicide Altruisme :

ينبثق الانتحار الإيثاري من تكامل اجتماعي قوي لدرجة تنعدم فيه النزعة الفردية، وهو شكل من الانتحار الذي ترتضيه الجماعة، ويدعو إليه العقل الجمعي، وقد ذكر دوركايم أن الانتحار الإيثاري يحصل بين الأفراد الذين تكامل امتزاجهم بمجتمعهم وفاض عن كل ما عداه من توجه وميول، لذلك فالفرد لا يدرك وجوده إلا عن طريق وجود مجتمعه(أحمد عياش، 2003).

3 – الانتحار الفوضوي Le Suicide Anomique. :

وينتج عن النقص والخلل في النظم الاجتماعية السائدة، وتشكل الحالة الأكثر انتشارا في مجتمعات أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، ويشرح ذلك دوركايم بالتغيرات الاجتماعية السريعة التي تضرب أو تخل بالأعراف أو القيم السائدة سابقا في المجتمع دون أن تتوضح ما ستؤول إليه تلك التغيرات الاجتماعية بقيمها أو أعرافها الجديدة. لهذا السبب تكثر الانتحارات عند الأزمات القومية، الاجتماعية، الاقتصادية أو في حالات الرخاء المفاجئ أو انقلاب وسائل الإنتاج. ويشرح دوركايم كل ذلك بضياع الفرد في رغبات لا متناهية ترافقه ضعف في الإمكانات لتحقيق الأهداف بسبب النظم المضطربة،

مما يفقد الفرد ذاتيته فتجعله يعاني مشاعر الفــراغ والجمــود فتحولـــه لكـــائن بيولوجي دون التمتع بالجانب الإنساني، وهذا يؤدي إلى قطع أوصال الـــروابط الاجتماعية، فانهيار البنيان أو الهيكل الاجتماعي، فتضيع معه معـــاني الحيـــاة فيقع الفرد أو المرء في العبثية أو العدم (أحمد عياش، 2003).

ورغم ذلك يمكن القول أن دوركايم قد أغفل جوانب مهمة يمكن بـــدورها أن تؤدي إلى الانتحار أو المحاولة الانتحارية، وخاصة الأسباب النفسية.

خلاصة :

لا يمكن أن نغفل الأعداد والإحصائيات التي تفاجئنا بها مختلف الجهـــات التي تنشط في مجال مكافحة الانتحار، والتي تشير إلى الارتفاع المذهل لعـــدد المنتحرين أو المحاولين الانتحار، إذ أصبحت تعادل أو تفـــوق بكثيـــر أعـــداد الهالكين لأسباب طبية أو بسبب الحوادث المختلفة، بل أبعد من ذلك فهناك مـــن الباحثين من يؤكد على الأفكار الانتحارية وتصور الانتحار، واحتمالية الانتحار، وهذا ما يدل على أن الظاهرة استقطبت الكثير من الذين حاولوا الإلمام بالسلوك الانتحاري، كل حسب تخصصه وكل حسب الافتراضات التي تؤسس لاتجاهـــه النظري.

وقد أورد الكثير من الباحثين تفسيرات مختلفة تباينت من حيث المنحى إلا أنها شكلت القاعدة الأساسية لانطلاق البحوث والدراسات المستحدثة في مجـــال الطوارئ النفسية.

الفصل الثاني :
الضغط النفسي واستراتيجيات التعامل

الضغط النفسي

I – الضغط النفسي :

تمهيد :

يعد الاهتمام بالضغط ومصادره وأنواعه موضوعا هاما أشار إليه الباحثون في السنوات الماضية، وبشكل كبير، وهذا ما أسس لدراسات تعمقت بشكل أكثر في جوانب تأثيراته المختلفة على مستوى الصحة النفسية والجسمية، وكذا أساليب المواجهة والتعامل مع هذا الضغط، خاصة إذا علمنا أن الضغوط النفسية يمكن أن تتحول بفعل تكرارها واستمرارها إلى مصدر مهدد لأمن وتوازن الفرد في ظل غياب أو عجز الفرد عن مواجهتها والتعامل معها.

وتمثل الضغوط التي يتعرض لها الإنسان في العصر الحديث ظاهرة جديرة بالاهتمام، وهذا لما لها من خطورة وتأثير على كثير من جوانب حياة الفرد والمجتمع، ولما تسببه من تكاليف باهظة من جراء علاج الأمراض والمشكلات التي تنجم عنها أو تترافق معها (جمعة يوسف، 2004)

ويشير كلاوس شويح، غيرت شراينكه (2006) إلى أن مفهوم الضغط يلعب دورا مهما في فهم واستيعاب علاقات الإنسان المتبادلة المركبة بمتطلبات بيئته المادية والاجتماعية، هذه البيئة التي تبدلت في النصف الثاني من القرن العشرين على نطاق لا سابق له في تاريخ البشرية ،كما يؤكدان على أنه لا يمكن تقديم لمحة شاملة عن أبحاث الضغط إذ تقدر المنشورات العلمية حول الضغط في هذه الأثناء ما يزيد عن 140000.

ويضيف وحيد كامل (2005) أن العصر الحالي يتميز بجملة من المتغيرات السريعة والمتلاحقة التي أدت إلى العديد من المشكلات والصراعات النفسية التي تواجه الفرد في تواصله مع الآخرين، بحيث أصبحت الحياة مباراة اجتماعية، يتحتم فيها أن يكون الفرد على قدر عال من الكفاءة لمواجهة هذه الصراعات.

1 – لمحة عن بداية دراسة الضغوط :

مصطلح الضغط ليس مفهوما جديدا وإنما تمتد جذوره إلى القرن السابع عشر بمعنى المشقة والشدة والمحنة، أما في نهاية القرن الثامن عشر فقد استخدم بمعنى القوة والضغط والإجهاد، وقد شهد القرن التاسع عشر كما يقول لازاروس (1966) Lazarus تزايد الاهتمام بدراسة الضغط ليشير به إلى محاولات الجسم الدفاع عن نفسه ضد العوامل الضارة، وفي القرن العشرين برز مصطلح الضغط ليشير إلى عملية مواجهة مشاق الحياة ومشكلاتها والمشاعر السلبية التي تثيرها هذه المشاق (وحيد كامل ، 2005).

واستخدمت كلمة Stress في ميدان الهندسة والعلوم الطبيعية لتشير إلى قوة خارجية تؤثر بشكل مباشر على موضوع طبيعي ونتيجة لهذه القوة يحدث الإجهاد الذي يؤثر ويغير في شكل وبناء الموضوع. ثم بدأ استخدام هذا المصطلح في مجال العلوم الإنسانية ليشير إلى تلك القوة التي تؤثر على الفرد وتسبب له بعض التغيرات النفسية مثل التوتر والضيق وبعض التغيرات العضوية والفزيولوجية (وليد خليفة، مراد سعد، 2008).

وكلمة الضغط من خلال التطور التاريخي اشتقت من اللاتينية وشاع استخدامها بشكل كبير في القرن السابع عشر بمعنى المشقة Hardship والشدة Straits والمحنة Adversity أو الأسى Affiction، أما في نهاية القرن الثامن عشر فقد استخدم بمعنى القوة والضغط، والإجهاد، وقد ظهر المصطلح لأول مرة عام 1944 ثم بدأ ينتشر أثناء الحرب العالمية الثانية وما بعدها.

ويعتبر سيلي Selye أول رائد لدراسة الضغط، ولكنه لم يستخدم هذا المصطلح في كتاباته الأولى، بل أشار إلى زملة التكيف العام ليشير بها إلى محاولات الجسم للدفاع عن نفسه ضد العوامل الضارة (بشرى إسماعيل، 2004).

وهكذا يمكن القول أن استخدام كلمة ضغط stress بدأ حديثا في مجال العلوم الإنسانية ليشير إلى تلك القوة التي تؤثر على الفرد وتسبب له بعض التغيرات النفسية مثل التوتر والضيق وبعض التغيرات الفزيولوجية (زيدان السرطاوي، عبد العزيز الشخص، 1998)

2 – تعاريف الضغط النفسي :

يواجه الباحثون عادة مشكلات تتعلق بالتعاريف، تنتج في بعض الأحيان عن ندرة التعاريف وفي أحيان أخرى من تعددها، ومحاولة الوصول إلى تعريف متفق عليه. ومشكلة تعريف الضغوط يعد من النوع الثاني، حيث اختلف الباحثون في تعريفها ما بين النظر إليها على أنها مثيرات أو استجابات أو تفاعل بين الفرد والبيئة .(جمعة يوسف، 2004)

غير أنه يمكن القول أن الإنسان على مر التاريخ عاني أشكالا لا حصر لها من الضغوط ومع ذلك فإن القليلين هم الذين عرّفوها، ومن خلال المراجعة لـ 35 سنة من البحوث حول الضغوط فإن عددا من أعضاء هيئة المعهد الطبي بنيويورك حسب واد وتافريس (1987) Wade ,Tavris (نقلا عن حسن عبد المعطي، 2006) قد كتبوا أنه لا يوجد أحد قد صاغ تعريفا للضغوط يكون شافيا ومرضيا،ويكون كاملا ومتفقا عليه بالنسبة لغالبية الباحثين .

وهذا ما يتأكد لنا من خلال وجود –إلى اليوم – أكثر من مئة تعريف مختلف للضغط، وغالبا ما يتم التشديد فيها بشكل خاص على جانب جزئي متعلق بالفرع العلمي الذي يضع التعريف، ولكن توجد فروق أساسية في طريقة النظر والتناول (كلاوس شويح، غيرت شراينكه، 2006).

ويرى لازاروس أن المفاهيم المختلفة التي قدمت للضغط هي ذات مضامين واحدة على وجه التقريب، ويرجع السبب في هذه التعددية إلى كثرة

الميادين والمجالات التي يستخدم فيها المفهوم وإلى ولع الباحثين باستخدام مفهوم دون أخر يكون له دلالة وتعبير في مجال تخصصاتهم (هارون توفيق الرشيد، 1999)

اشتق مصطلح Stress من الكلمة الفرنسية Destress والتي تشير إلى معنى الاختناق والشعور بالضيق أو الظلم، وقد تحولت في الانجليزية إلى Distress إشارة إلى الشيء غير المحبب أو غير المرغوب، وقد استخدمت كلمة Stress للتعبير عن معاناة وضيق واضطهاد وهي حالة يعاني فيها الفرد من الإحساس بظلم ما (حسن عبد المعطي، 2006).

وفي السياق اللفظي للمصطلح يمكن التفريق بين ثلاث معاني :

- **الضواغط Stressors** : وتشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي – الفيزيقي – الاجتماعي – النفسي، والتي يكون لها القدرة على إنشاء حالة ضغط ما.
- **الضغوط Stress** : تعبر عن الحادث ذاته، أي وقوع الضغط بفاعلية أي أن الفرد قد وقع تحت طائلة ضغط ما .
- **الانضغاط Strain** : يعبر عن الحالة التي يعانيها الفرد ويئن منها والتي تعبر عن ذاتها في الشعور بالإعياء والإنهاك والاحتراق الذاتي، ويعبر عنها الفرد بصفات مثل : أنا خائف، قلق، مشدود، متوتر، متوجس (حسن عبد المعطي، 2006).

من خلال مراجعتنا لأغلب الدراسات والمراجع التي تناولت الضغط النفسي تبين لنا وجود العديد من التعاريف وهي في حقيقة الأمر لا تبتعد كثيرا في محتواها عما قدمه لازاروس وفولكمان، ولكن يمكن أن تظهر بعض الإضافات السطحية أحيانا أو العميقة في بعض التعاريف، ولذلك أثرنا

أن نشير لجملة التعاريف التي تمكنا من الوصل إليها ومن بينها ما قدمه حسين طاهر (نقلا عن وحيد كامل، 2005) الذي يرى أن الضغط هو مجموعة العوامل الداخلية والخارجية الضاغطة على الفرد ككل أو أي عنصر فيه، الأمر الذي يؤدي إلى الشعور بالتوتر أو الإخلال في تكامل شخصيته، وعندما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك يفقده القدرة على التوازن ويغيّر نمط سلوكه مما كان عليه إلى نمط جديد.

يستخدم مصطلح الضغط أيضا للدلالة على نطاق واسع من حالات الإنسان الناشئة كرد فعل لتأثيرات مختلفة بالغة القوة، وتحدث الضغوط نتيجة العوامل الخارجية بداية من كثرة المعلومات التي تؤدي إلى الإجهاد الانفعالي، كما تظهر الضغوط نتيجة التهديد والخطر. ويؤدي الضغط إلى تغيرات في العمليات العقلية وإلى تحولات انفعالية، (حمدي عبد الجواد، 1996)

كما يشير مصطلح الضغط إلى الظروف المرتبطة بالضبط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعا من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عن ذلك من آثار جسمية ونفسية، وقد تنتج الضغوط كذلك من الصداع والإحباط والحرمان والقلق (السيد عثمان فاروق ،2001).

يمكن أن ننظر للضغط أيضا على أنه سلسلة من الأحداث الخارجية التي يواجهها الفرد نتيجة تعامله مع متطلبات البيئة المحيطة به وتفرض عليه سرعة التوافق في مواجهته لهذه الأحداث لتجنب الآثار النفسية الاجتماعية السلبية والوصول إلى تحقيق التوافق مع البيئة المحيطة (علي عبد السلام علي، 2003). كما يمكن أن يكون الضغط نظام التكيف العام لجسم وعقل الإنسان عند مواجهته لمثيرات معينة. وهو لا يمثل نقطة معينة ولكنه مدى يتراوح مابين ضعيف وشديد، ويتوقف ذلك على مستوى رد فعل الأفراد تجاه المشكلات (محمد الصيرفي، 2007).

وتؤكد فيولا الببلاوي (1988) أن الضغط هو الحالة التي يتعــرض لهــا الفرد لظروف أو مطالب تفرض عليه نوعا من التكيف وتزداد تلك الحالة إلــى درجة الخطر كلما ازدادت شدة الظروف أو المطالب أو استمرت فترة طويلــة .أما العميان محمود سلمان (2008) فيفضل أن ينظر للضغط على أنه مجموعة التغيرات الجسمية والنفسية التي تُحدث للفرد ردود فعله أثناء مواجهته للمواقف المحيطة التي تمثل تهديدا له.

أما راوية دسوقي (1991) فتعرف الضغوط على أنهــا مجموعــة مــن التراكمات النفسية والبيئية والوراثية والمواقــف الشخصــية نتيجــة للأزمــات والتوترات والظروف الصعبة أو القاسية التي يتعرض لها الفرد، وتختلف مــن حيث شدتها كمتغير عبر الزمن تبعا لتكرار المواقف الصعبة التــي يصــادفها الفرد، بل إنها قد تبقى وقتا طويلا إذا ما استمرت الظروف المثيرة لها، وتترك أثارا نفسية على الفرد.

كما يمكن أن يعرف الضغط على أنه العملية التي تفرض فيها الحــوادث البيئية أو الضغوط عبئا ثقيلا على الإنسان في مواجهتها أو تمثــل تهديــدا لــه ويتعين عليه في أثناء الضغط أن يجد طرقا للتعامل مع مطالب البيئة ومن ثــم فإن حدوث أمر ضاغط يواجه بواسطة استجابة معينة معدة للتخلص منه ومــن أثاره، وتستمر هذه الاستجابة حتى تنتهي هذه الحالة (أحمد عبد الخالق، 1998).

من خلال ما ذهب إليه أحمد عبد الخــالق (1998) يظهــر أن الاهتمــام بالضغط لا يقتصر على مصادره ولكن في أساليب التعامل معه، وإذا تبنى الفرد أساليب غير سوية وغير صحية فإن هذا سيؤثر سلبا على توافقه.

يعرف حسن عبد المعطي (2006) الضغوط على أنها تلــك المثيــرات الداخلية أو البيئية التي تكون على درجة من الشدة والدوام بمــا يثقــل القــدرة

التوافقية للفرد، والتي قد تؤدي في ظروف معينة إلـــى الاخـــتلال الـــوظيفي أو السلوكي .

أما هانز سيلي Hans Seyle وهو أحـــد أهـــم المســـاهمين فـــي أبحـــاث الضغوط، حيث طورت عنه معظم المفاهيم والمعلومات عن الضغوط فيما بعد، فقد عرف الضغط stress بأنه استجابة الجسم غير المحددة لأي مطالب، ولقـــد وصف سيلي زملة التكيف العـــام GAS المشـــار إليـــه General Adaptation Syndrome، وهي استجابة الجسم للضغوط، وقد حدد ثـــلاث مراحـــل لزملـــة التكيف العام وهي مرحلة التنبيه alarm ومرحلة المقاومة resistance ومرحلـــة الإنهاك exhaustion. وأمدنا هانز سلي بفكرة العلاقة بين الضغوط المتكـــررة وطويلة الأمد التي تؤدي إلى استجابة الإرهاق والتمزق tear & wear ومن ثـــم ظهور أمراض الضغط Stress Diseases أو أمـــراض التكيـــف Diseases of Adaptation مثل : أمراض القلب، وضغط الدم المرتفع والذبحـــة الصـــدرية. ويؤكد هارون الرشيدي (1999) أن زملة الضغط العام هي ردود فعل الجســـم المضاد للضغط وهو الذي يظهر من خلال الاستجابة الفزيولوجية.

من جهته يؤكد يخلف عثمان (2001) أن مصطلح الضغط النفسي يستخدم بعدة معاني ودلالات في البحث العلمي والدراسات الطبية، حيـــث يعنـــي لـــدى البعض وضعا خارجيا أو موقفا بيئيا Environmental Condition بينما يـــرى البعض أن الضغط عبارة عن تقدير Appraisal لموقـــف اجتمـــاعي، ويميـــل البعض الآخر إلى اعتباره استجابة Response لمتطلبات الواقع، وأخيرا تعتقـــد فئة أخرى أن الضغط عبارة عن اصطلاح يعكس التفاعـــل Interaction بـــين مطالب البيئة المحيطة وقدرة الفرد على مواجهة هذه المطالـــب (حســـن عبـــد المعطي، هشام عبد الله ، 2002).

ويعتبر لازاروس lazarus أول من قدم وجهة النظر النفسية للضـــغوط، حيث عرف الضغط Stress بالشيء الذي يقيّمه الفرد بأنه ضـــار أو مهـــدد أو متحد (camille et al , 1992).

ولقد وضع لازاروس فكرة التقييم Appraisal وذكر نوعين للتقييم هما :

1 – التقييم الأولي Primary Appraisal :

ويقصد به تقييم الفرد للحدث هل هو سلبي أم إيجابي أم عادي، فإذا أدركه الفرد بأنه سلبي يقوم بتقييمه هل هو ضار Harm أو مهدد Threat أو متحـــد Challenge.

2 – التقييم الثانوي secondary appraisal :

ويقصد به لازاروس تقييم الفرد لإمكاناته الشخصية والمادية والاجتماعية لمواجهة الحدث الذي قيّمه كحدث ضاغط، ويعتبر لازاروس أن التوازن بـــين نوعي التقييم هو : الحكم على مدى إدراك الضغوط، فحين يكـــون الضـــرر أو التهديد أو التحدي أعلى من إمكانات المواجهة Coping Resources فإن الفـــرد سوف يدرك الضغوط وتظهر لديه ردود فعل الضغوط النفسية (رفيق عـــوض الله ،2004).

يؤكد ريس Rees (نقلا عن علي عبد السلام علـــي، 2000) أن أحـــداث الحياة الضاغطة هي في الحقيقة عبارة عن مثيـــرات فـــي البيئـــة الداخليـــة أو الخارجية، تتسم بالشدة والاستمرارية بما يثقل القدرة التكيفيـــة للكـــائن الحـــي، وينعكس أحيانا على عدم اتزان سلوكه وسوء تكيفه، وبقدر استمرار الضـــغوط النفسية يكون ما يتبعها من استجابات جسمية ونفسية غير صحية.

من جهته يذكر روث بــروس (1997) Ruth Bruce أن الضــغط هــو استجابة فزيولوجية، عقلية وانفعالية غير مرغوبة تظهر بفعل أحداث لا يمكــن التكيف والتوافق معها بشكل ناجح وفعال، كما يمكن أن يعتبــر الضــغط أنــه الموضوع الذي نعتقد أننا غير قادرين على التكيف معه بشكل نــاجح وفعــال. وهنا يؤكد هذا التعريف على عامل التكيف أكثر مما يركز على مصدر الضغط بالإضافة إلى طريقة إدراك الفرد.

وينظر إليوت (1988) Eliote للضغط على أنه استجابة العضوية لأي حدث مدرك، واقعي أم خيالي، وهذا الحدث يستدعي استجابة تكيفية وإلا يُشكل صعوبات للفرد. أما العامل الضاغط فلا يعتبر السبب المفجر لعملية الضغط وقد يكون هذا العامل فزيائيا (حادث، عملية جراحية ...) كما يمكن أن يكون عقليــا وانفعاليا، وهنا تتدخل عوامل أخرى كالعائلة، الظروف الاجتماعية، الاقتصادية ... وهذه العوامل الضاغطة لها خصوصيات فردية أيضا، وهذا ما يفســر لنــا لماذا لا يستجيب بالضرورة جميع الناس وبــنفس الطريقــة لــنفس الأحــداث والظروف (Jean Boland, 1996).

يظهر لنا التعريف السابق أن مصادر الضغط تختلف من فرد لأخر وهذا ما يفسر اختلاف استجابات الأفراد لها .

ويذهب جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (1995) (نقلا عــن بشــرى إسماعيل، 2004) إلى أن مصطلح الضغط يشير إلى حالة من الإجهاد الجسمي والنفسي والمشقة التي تلقي على الفرد بمطالب وأعباء عليه أن يتوافق معهــا، وقد يكون الضغط أو الانعصاب داخليا أو بيئيا، وقد يكون قصــيرا أو طــويلا، وإذا طال هذا الضغط أو فرط فقد يستهلك موارد الفرد ويتعداها ويــؤدي إلــى انهيار أداء الوظائف المنظم، أو يؤدي إلى التفكك. ومن أنواع المواقــف التــي

تنتج عن هذا الانعصاب، الاحباطات، والحرمانات، والصـراعات والضـغوط، التي قد تكون داخلية المصدر أو خارجيته.

كما يمكن أن يعرف الضغط على أنه درجة استجابة الفـرد للأحـداث أو المتغيرات البيئية في حياته اليومية، وهذه المتغيرات ربما تكون مؤلمة تُحـدث بعض الآثار الفزيولوجية، مع أن تلك التأثيرات تختلف من شخص لأخر تبعـا لتكوين شخصيته وخصائصه النفسية التي تميزه عن الآخرين والتي يعبر عنهـا بالفروق الفردية (سعد الإمارة –ب– 2001).

وعلى الرغم من الكتابات المختلفة حول الضغوط النفسـية مـن جانـب المهتمين بالصحة النفسية والبدنية إلا أن عبارة أو مفهوم الضغط أو الضغوط لا تعني الشيء نفسه لهم جميعا. ومع ذلك يمكن القول بأن العامل المشـترك فـي تعريفات العديد من المهتمين والباحثين في المجالين المذكورين هو الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي Organism وما يتبعه من اسـتجابات مـن جانبـه ليتكيف أو يتوافق مع التغيير الذي يواجهه. وبما أن التغيير هو إحدى الحقـائق الثابتة في الحياة فإنه يمكن القول بأن التعرض للضـغوط بـدوره جـزء مـن المعايشة اليومية للفرد (علي عسكر، 2003).

من خلال العرض السابق للتعاريف الخاصة بالضغط يمكن تقسيمها إلـى فئتين :

أ – الفئة الأولى : تعريفات تركز على المثيرات الضاغطة :

وهذه الفئة من التعريفات تذهب إلى أن الضغط النفسي عبارة عن إدراك الفرد لموقف بيئي أو مواقف تهدد احتياجاته وكيانه الشخصي وتعـوق توافقـه النفسي ومن ثم فأحداث الحياة الضاغطة تعتبر نموذجا لمـا يدركـه الإنسـان باعتبارها شيئا غير مرغوب فيه، أو أنها مهدد يهدده، بحيث تتعرض رفاهيـة

الفرد وتكامله للخطر، ولذلك فإنه يجب أن يبذل الجهد من أجل حمايـــة ذاتـــه، ومثل هذا الجهد ينعكس على صحة الإنسان الجسمية والنفســية، وبــذلك فــإن أحداث الحياة الضاغطة غالبا ما تؤدي وظيفة المثير المضطرب الذي يمكن أن يؤثر على الصحة النفسية والجسمية للفرد، وبغض النظر عن الأهمية الظــاهرة للحدث فإن القوة الخاصة بالضاغط تكون كافية لإثارة رد فعل وقائي من الفـــرد .وعلى ذلك فإن الضغط النفسي يتصل بالعوامل المعرفية المؤديـــة إلـــى تقيـــيم درجة تهديد الحدث المثير للقدرة التكيفيـــة للفـــرد. ولـــذلك يعـــرف لازاروس وهولرويد (1982) Lazarus,Holroyd الضغط في ضوء ما أسماه بـــالمثيرات الشرطية باعتبارها مؤدية إلى تمزق Disruption الســـلوك الشخصـــي والقـــيم الاجتماعية عند التعرض للضغط.

وضمن هذا الإطار يمكن الإشارة إلى تعريف ريس (1987) Rees الـــذي يرى أن الضغط يمثل أي مثيرات أو تغيرات في البيئة الداخليـــة أو الخارجيـــة يكون على درجة من الشدة والحدة والدوام بحيث يمثل القدرة التكيفيـــة للكـــائن الحي إلى حده الأقصى، والتي في ظروف معينة يمكن أن تؤدي إلـــى اخـــتلال Disorganisation السلوك أو عدم التوافق، أو الاختلال الوظيفي الذي يؤدي إلى المرض، وبقدر استمرار الضغط بقدر ما يتبعه من اضطراب جسمي ونفسي.

ب- الفئة الثانية : تعريفات تركز على الاستجابة للمواقف الضاغطة :

وهناك من يعرف الضغوط النفسية فـــي ضـــوء الاســـتجابة البيولوجيـــة والعضوية والنفسية المرتبطـــة بـــالمثيرات الضـــاغطة ولـــذا يـــرى ســـيلي(1982) Hans Selye أن الضغوط النفسية ينظر لها على أنها اســـتجابة جســـدية عامة أو غير محددة وهذه الاستجابة تحدث عندما يكون مطلب ما على الجســـد

سواء كانت حالة بيئية يجب تحملها أو مطلب يعمل على الجانب النفسي من أجل انجازه كهدف شخصي.

كما ينظر للضغط باعتباره الحالة الفزيولوجية للإنهاك والتمزق wear and tear في الجسم، وهي تظهر موضوعيا في شعور الفرد بأنه متعب ومريض أو تظهر في شدة العصبية jettery، والمشاعر التي تُحدث تغيرات في تكوين كيمياء الجسم، هذه التغيرات يمكن أن تكون إما علامة على أذى وضرر للجسم أو أنها ميكانزم دفاعي تكيفي ضد الضغط، وكلا من هذه التغيرات تسمى الأعراض التكيفية العامة GAS (حسن عبد المعطي، 2006).

وبناءا على ما صرح به سيلي (1980) Selye فإن تعريف الضغط يتضمن مشكلات خطيرة، فهو مثله مثل مفهوم النسبية، مفهوم يعاني من غموض في فهمه ومعرفته المعرفة الجيدة.كما أنه من الصعب إيجاد تعريف واحد قادر تماما على أن يوضح طبيعة هذا المفهوم المعقد، ومع أن هناك اتفاق على تعريف الضغوط بأنها تحدث عندما تفرض متطلبات ما على الفرد، إلا أن هناك قليلا من الموافقة عند محاولة تحديدها وتعريفها بدقة. (بشرى إسماعيل، 2004).

ويؤكد فولكمان ولازاروس(1984) Lazarus ,Folkman أن هناك إجماعا كبيرا يحيط بالتعريف المقدم من فولكمان ولازاروس بخصوص الضغط الذي يعتبرانه " تسوية خاصة بين الفرد والمحيط أين يقوّم من قبل الشخص على أنه يفوق مصادره ويهدد راحته ".

ورغم تعدد تعريفات الضغوط وفقا للتوجه النظري للباحثين وتباين النظريات إلى درجة أنه قد يحتوي على معان مزدوجة تتصل في نفس الوقت بالمثير وبالاستجابة، إلا أن البحث الحالي سيأخذ بالتعريف التالي الذي اعتمده لونج (1995) Long :

الضغط النفسي هو تلك المثيرات أو الأحداث التي يدركها الفرد على أنها تؤدي إلى القلق والتوتر والاضطراب، وتنشأ الضغوط النفسية من إدراك الفرد أن الاحتياجات تفوق قدرته على مواجهتها والتعامل معها، كما أن تقدير وتفسير الضغوط النفسية يعد خطوة متوسطة في العلاقة بين الضغوط واستجابة الفـــرد لها (حسن عبد المعطي، هشام عبد الله، 2002).

3- إدراك الضغط :

هناك عوامل متعددة تتواجد في مناحي الحياة المختلفــة : فــي العمــل، العلاقات الاجتماعية، الحياة العائلية، والناحيــة الماليــة، والظــروف العامــة للمجتمع، الأحداث العالمية، العادات السلوكية، تسبب الضيق والقلق للفرد.

والفرد في تفاعل مستمر مع أكثر من جانب ويلعب إدراكــه الشخصــي الذي من خلاله يفسر ويقيّم المواقف التي تواجهه دورا مهما في درجة العــبء الواقعة عليه من المصادر المختلفة، فهو يتأثر بأكثر مــن مصــدر وبــدرجات متفاوتة في أي لحظة من حياته.

يؤكد حسن عبد المعطي(1999) أن هناك تزايدا كبيــرا فــي الســنوات الأخيرة للتركيز على العوامل التي تتوسط العلاقة بين ضغوط أحــداث الحيــاة والمرض .ويشير إلى أنه قد وجد أن كثيرا من الأفراد لا يمرون بأي أزمــات جسمية أو نفسية مع تعرضهم لأحداث ضاغطة، ومن هنا عمــدت الدراســات الحديثة إلى تشخيص مصادر المقاومة التي يستطيع الناس عن طريقهــا البقــاء أصحاء رغم الظروف المضادة. وكان من بين المتغيرات التي لقيت اهتماما من الباحثين طريقة إدراك الفرد للأحداث التي يمر بها وتقييمه لها والأساليب التــي يتبعها في مواجهة الأحداث الضاغطة.

ويتوقف إدراك الضغط النفسي حسب ريس (1976) Rees (نقلا عن حسن عبد المعطي، 1992) أحيانا على الطريقة التي يستجيب بها الفرد لبعض مواقف الحياة المختلفة وهذا بغض النظر عن الإدراك الموضوعي أم غير الموضوعي، بالإضافة للموقف الضاغط الذي يمر به الفرد من حيث القوة والنوع وبحسب درجة التحدي.

كما توصل لازاروس وفولكمان (1984) إلى أن الإدراك الايجابي والسلبي لأحداث الحياة من المحددات الهامة للصحة النفسية فالأحداث قد تزيد من ثقة الفرد ومهارته للتعامل مع الأحداث المستقبلية بالنسبة لشخص ما وقد تكون ضاغطة وذات تحدي بالنسبة لشخص آخر، بينما تحدث تبرما بصورة روتينية لشخص ثالث، وهذا وفق التقييم المعرفي للفرد لكل حدث من الأحداث. وفي نفس السياق يؤكد لودنسلاجر و ريت (1984) Laudenslager ,Reit إلى أن الإدراك السلبي للأحداث الحياتية ومشاعر انعدام القوة وعدم التحكم فيما عندما يحدث للفرد قد يوقعه فريسة الاضطراب النفسي والجسمي، فالناس يمكن أن يتحملوا سنوات من الصعوبة إذا شعروا بأنهم يتحكمون في الأحداث أو على الأقل يتنبئون بها. من جهته يؤكد إيفانسفيك وماتسون (1987) Ivancevich Matteson, أن الضغط ظاهرة إدراكية فردية، ويفترضان أن الضغط جزء من نظام معقد ودينامي للتفاعل بين الفرد وبيئته وهذا النموذج دائري Circul حيث ترتبط المواقف الضاغطة بالنتائج (بشرى إسماعيل ،2004).

بهذا يظهر أن مصادر الضغط لا تعتبر كذلك إلا إذا كان الفرد يدرك أنها مهددة وتضع حياته وتوازنه في خطر، وهذا ما يفسر الفروق بين الناس في الاستجابة لنفس مصادر الضغط.

4 - آلية حدوث الضغط النفسي :

يحدث الضغط النفسي من خلال ديناميكية فزيولوجية وسيكولوجية ناتجة عن إدراك حوادث خطرة ومهددة ومعيقة لإشباع الحاجات وتحقيق الأهداف ومتطلبات تفوق قدرة الفرد، ويبذل الجهاز الفزيولوجي والجهاز النفسي جهودا تكيفية لتفادي هذه الاجهادات والمشقة والتغلب عليها. بمعنى أكثر إجمالا يكون الفرد تحت ظروف المشقة والانضغاط مختلفا من الناحية الفزيولوجية والنفسية عنه في الحالة العادية، فيشعر الفرد بحالة عامة من عدم الارتياح والعبء التي تقع عليه، ومضمون هذه الحالة هو الضغط النفسي ذاته، فمن الناحية البدنية الفزيولوجية تحدث اختلالات في الاتزان العام للجسم، اضطراب في الجهاز الغددي، سرعة جريان في الدم، زيادة في ضربات القلب، ومن الناحية النفسية تظهر اختلالات في دفاعات النفس وانهيارها، تشوهات في الإدراك، تغيرات في المزاج وانتقال من المزاج الايجابي إلى المزاج السلبي وعدم تناغم بين منظمات النفس، ويستطيع الفرد أن يعبر عن هذه الحالة في صفات تظهر أنه واقع تحت تأثير ضغط ما، أي أنه يشعر بالضغط النفسي (هارون توفيق الرشيد، 1999).

5 - الاستجابة للضغوط :

تتباين ردود الفعل للمواقف التي نختبر فيها الضغط وقد تصل إلى العجز واليأس، وردود الفعل هذه على اختلاف أنواعها يمكن تصنيفها إلى ثلاثة أنواع :

أولا - نستجيب فزيولوجيا حيث يتمثل ذلك بزيادة نبضات القلب وارتفاع ضغط الدم وجريان الدم إلى الأطراف، وكما يقول هانز سيلي أن ردود الفعل هذه تساعدنا على التعامل مع المواقف المهددة أو المخاطر.

ثانيا- نستجيب نفسيا حيث تنتابنا مشاعر مختلفة مثل الخوف والقلق والتوتر.

ثالثا– نستجيب ظاهريا بأنواع من السلوك التكيفي نهدف من ورائه لتقليـــل الآثار السلبية أو الشعور الايجابي نحو الذات، وذلك عن طريق اللجوء إلى مـــا ينسينا أو يشغلنا عن مصادر التهديد، أو إقناع أنفسنا بأن لـــيس هنـــاك خطـــرا حقيقيا، وأن هذا الموقف لا يتطلب كل هذا القلق (حمدي ياسين، علي عســـكر، حسن الموسوي ،1999).

وحسب بشرى إسماعيل (2004) فإن الاستجابة للضغوط تشمل الاستجابة السلوكية، الانفعالية والمعرفية، وهذا على النحو التالي :

1 – الاستجابة السلوكية :

تختلف ردود الفعل حسب مستويات الضغط (خفيفـــة،أو متوســـطة ،أو مرتفعة) :

- **فالضغط الخفيف Mild Stress :**

ينشط ويقوي سلوكات بيولوجية مهمة مثل الأكل، العـــدوان، والســـلوك الجنسي، وهذه تجعل الفرد أكثر يقظة وحذرا، ويمكن تـــدعيمها بســـلوكات ايجابية مثل السعي لطلب المساندة، ولكن عدم حل الضغط الخفيف يمكن أن ينتج عنه سلوكات غير تكيفية مثل سرعة الغضب أو الانفعال وعدم القـــدرة على التركيز ونفاذ الصبر .

- **الضغط المتوسط Moderate Stress :**

يسبب اضطراب السلوك، خاصة عندما يتطلب الفعل / السلوك المهارة والتنسيق، وقد يؤدي الضغط المتوسط أو المعتـــدل إلـــى زيـــادة العـــدوان، وبخاصة عندما يكون الفرد محبطا ومكررا لسلوكات نمطية، ومثـــل هـــذه السلوكات قد تكون تكيفية إذا قللت الإثارة، غير أن صـــلابتها واســـتمرارها يمكن أن يؤدي إلى عدم التكيف وهزيمة الذات .

- **الضغط الحاد Sever Stress :**

فهو يمنع ويوقف السلوك وقد يؤدي إلى الجمود الحركي الذي يفسر بأنه استجابة دفاعية ضد الموقف الضاغط .

فحينما يتجاوز الضغط المستويات العادية أو المألوفة تظهر ردود فعل سلوكية عديدة تشمل القلق، والنزعة العدوانية واللامبالاة والملل والاكتئاب والإرهاق والسلوك المنفر، والتوتر العصبي ،ومن الممكن أن تحدث أسبابا أخرى هذه الأنماط السلوكية أيضا . إلا أن الضغط النفسي يتصدر الأسباب العديدة لهذه الأنماط وهناك نمطان سلوكيان يرتبطان بالضغط أثارا اهتماما متزايدا في الأوساط الأكاديمية والإدارية هما : إدمان الكحول والمخدرات .وما يمكن ملاحظته حسب ديبرن (1990) Dubrin فإن من العواقب السلوكية الملحوظة للضغوط ما يلي :

-الاهتياج، عدم الارتياح.

-الانخفاض المفاجئ في الأداء المهني نتيجة نسيان القيام بالأنشطة اليومية الضرورية.

-تغيرات متطرفة في عادات الأكل، تشمل انخفاض أو زيادة استهلاك الطعام.

-زيادة التدخين، تناول القهوة، تناول الكحول والعقاقير من أجل التفكير بصورة أفضل في المشكلة.

-زيادة تناول واستخدام المهدئات والامفيتامينات.

-نمط السلوك المذعور واتخاذ قرارات قهرية .

ومن جهتها تضيف شاندرا باتيل (1991) Patel إلى العواقب السلوكية السابقة ما يلي :

-زيادة أو نقصان النوم

-قلع الشعر

-الانسحاب أو العزلة الاجتماعية
-عدم الاهتمام بالمظهر أو الصحة
-القيادة الطائشة أو المتهورة
-هزهزة الركبة، فرقعة الأصابع، الاشمئزاز وغيرها من السلوكات المميزة
-الكلام المتواصل
-سلوكات الوسواس القهري (التأكد من الإغلاق، الغسيل من غير ضرورة ...).

2 – الاستجابة الانفعالية :

معظم الضغوط غير سارة وتحدث انفعالات سلبية، فتغيرات الحياة التي تتضمن الفقد أو الانفصال عن أصدقاء ومقربين هي غالبا مؤشرات لحدوث الاكتئاب .

والاضطرابات الانفعالية الناتجة عن الاستجابة للضغوط تأخذ أشكالا وأعراضا متعددة منها مشكلات النوم، الشعور بالذنب، صعوبة التركيز، استجابة الرعب المضخمة.كما قد نسجل التهيجية وأزمات الغضب الانفجارية، العدوان والتخريب، القلق، مشاعر الاكتئاب، الكوابيس، الخوف الشاذ أو نوبات الذعر، الشعور بفقدان الأمل واليأس، التشاؤمية، الشعور بعدم الأمن، الكآبة المتزايدة، الصراخ وكثرة البكاء، ...

3 – الاستجابة المعرفية :

عند مواجهة أحداث ضاغطة فإن العديد من الوظائف العقلية تصبح غير فعالة، فالفرد الأكثر تعرضا للضغوط هو الأكثر نقصانا في الكفاءة المعرفية والأكثر اضطرابا وتشوشا في التفكير، لأن الانتباه قوة محدودة وعند التركيز على الجوانب المهددة من الموقف يتم التقليل من مقدار الانتباه الممكن للمواجهة الفعالة .كما تتأثر الذاكرة وهذا لأن الذاكرة قصيرة المدى تعتمد

على مقدار الانتباه للمدخلات الحديثة واستعادة محتويـــات الـــذاكرة القديمـــة يعتمد على سهولة عمليات استخدام الذكريات، فعند وجود الضـــغط يظهـــر النسيان وصعوبة استدعاء المعلومات التي تم تخزينها في الذاكرة. كما تؤثر الضغوط مباشرة على القدرة في حل المشكلات والحكـــم والتقـــدير واتخـــاذ القرارت، وهذا لأنها تؤدي إلى تضييق القدرة على إدراك البـــدائل وتعمـــل على إحلال التفكير النمطي والمتصلب بدلا من الاستجابة الأكثر ابتكارية.

وضمن هذا الجزء يمكن تسجيل العواقب الخاصة بصعوبة اتخاذ القرارات حتى البسيط منها، نقص أو فقدان الثقة بالنفس، صعوبة التحكيم المنطقي، ...

6- تصنيف الضواغط :

تتنوع الضواغط بتنوع الأحداث الداخلية أو الخارجية، ولكـــن مـــا يعـــد ضغطا لأحد الأفراد قد لا يكون ضغطا لكل الناس، وقد قسم لازاروس وكوهين Lazarus, Cohen (نقلا عن أحمد محمد عبد الخالق، 1998) الضـــواغط إلـــى ثلاث مجموعات هي :

1 – الحوادث الجانحة :

وهي حوادث مفاجئة وعنيفة ويمكن أن تؤثر على أعداد كبيرة من البشر ومن أنواع هذه المجموعات : الحروب، الكوارث الطبيعية بما فيها الـــزلازل، العواصف، والكوارث التكنولوجية...

2 – الضواغط الشخصية :

وهي أحداث قوية وشديدة تتطلب مواجهة تكيفية فعالة، والفرق الرئيســـي بين الضواغط الشخصية والأحداث الجانحة هو أن الظواغط الشخصية تؤثر في عدد قليل من الناس ومن أمثلتها : المرض العضوي، أما الجانحة فتؤثر علـــى عدد كبير من الناس.

3 – الضواغط العامة :

ويمثل هذا النوع من الضواغط الاحتكاكات أو المشاحنات أو المضايقات اليومية وهي حوادث ذات شدة منخفضة لكنها تستمر أو تتكـــرر فـــي الحيـــاة اليومية، وذلك مثل الانتقال إلى مكان العمل والعودة منه كل يوم، والزحام، ولا تفرض هذه الحوادث تهديدا مباشرا في الحال لكن يبدو أن آثارها تصبح ســـلبية وتراكمية.

أما محمد نجيب الصبوة (1997) فيصنف الضواغط إلى :

1 – الضواغط الفيزيائية :

وهي عبارة عن منبهات البيئة الخارجية التي تحيط بجسم الإنسان بحيـــث إذا تعرض لها تسبب له ضررا أو أذى محددا مثل الحرارة والبـــرودة الشـــديدة والتلوث وأشعة الشمس الحارقة والضوضاء والرطوبة .

2 – الضواغط الطارئة :

ويقصد بها الأحداث الشاذة التي تحدث بشكل طارئ وفجائي وليست لها صفة الدوام في الحدوث أو التأثير ومثال ذلك حوادث الســـيارات والطـــائرات والقطارات وكل وسائل المواصلات أو فقدان شخص عزيز بموتـــه أو ســـفره وكذلك الطلاق والسرقة وتدمير المنازل والكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين .

3 – الضواغط الاجتماعية :

وتشمل المكانة الاجتماعية، المكانة الاقتصادية، والفقر وســـوء التغذيـــة والمستوى التعليمي ومكان الإقامة .

4 – الضواغط الشخصية :

وهي تنشأ داخل الفرد ذاته مثل ضواغط أسلوب الحيـــاة الـــذي يتبعـــه والضواغط الجسمية والعصبية والنفسية التي تنتج عن تعاطي بعض الأطعمـــة

والمشروبات عن طيب خاطر والأدوية والمسكرات التي يتعاطاها الشخص بكامل إرادته (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006)

من جهته يؤكد تشارلز ورث وناتان (1984) Charles worth ,Nathan (نقلا عن بشرى إسماعيل، 2004) أن مصادر الضغوط يمكن النظر إليها من خلال المجموعات التالية :

1 – المجموعة الأولى :

تشمل الضغوط الناتجة عن التغيير، والضغوط الكيميائية، والضغوط المصاحبة لاتخاذ القرارات.

2- المجموعة الثانية :

وتشمل الضغوط المصاحبة للأمراض والضغوط الانفعالية والضغوط البيئية، والضغوط المصاحبة للآلام .

3- المجموعة الثالثة :

وتشمل الضغوط المرتبطة بالمخاوف والضغوط الجسمية والضغوط الاجتماعية والضغوط المهنية.

أما جمعة يوسف (2004) فيصنف مصادر الضغط كما يلي :

أ – تصنف من حيث مترتباتها إلى ضغوط بناءة (ايجابية) في مقابل ضغوط هدامة أو سلبية مثل الترقية في العمل، الزواج، الانتقال إلى منزل جديد في مقابل وفاة عزيز، أو الإصابة في العمل أو المر ض...

ب- من حيث الاستمرار، تصنف إلى مستمرة ومتقطعة كالمنغصات اليومية وظروف العمل السيئة في مقابل المناسبات الاجتماعية والعطل ومخالفات القانون ...

ج- من حيث المصدر وتصنف إلى ضغوط داخلية كالظروف الفزيولوجيـة، الطموحات والأهداف ...في مقابل الخارجية كالضوضاء والظروف الطبيعيـة كالزلازل والأعاصير ....

د – من حيث المكان الذي تقع فيه، في العمل، الشارع، المدرسة ...

هـ- من حيث عدد المتأثرين به وتصنف إلى عامة يتأثر بها عدد كبيـر مـن الناس في مقابل الخاصة التي يتأثر بها فرد واحد أو على عـدد محـدود مـن الأفراد كحوادث الطرق أو منغصات الحياة اليومية.

و–من حيث الشدة وتصنف إلى خفيفة ومعتدلة وشديدة أو حادة .

ز – من حيث المجال الأساسي الذي تحدث فيه مثـل الضـغوط الاقتصـادية والسياسية والاجتماعية والإدارية والتنظيمية...

ما يمكن قوله بخصوص هذه الأسس أو التصنيفات، أنها في الحقيقة ليست منفصلة أو مستقلة وإنما متداخلة ومتقاطعة فالحدث الواحد يقبل التصنيف وفقـا لأكثر من محور في الوقت نفسه.

7 – آثار الضغوط على الفرد :

للضغوط النفسية المستمرة والشديدة أثار سلبية علـى مسـتوى الصـحة النفسية والبدنية، كما تؤثر سلبا على الجوانب المعرفية .وهـذا مـا يمكـن أن نستنتجه من خلال ما ذهب إليه غير فريق من الباحثين ومن بينهم ديفيد فونتانـا (1993) الذي أقر جملة من هذه الآثار وهي على النحو التالي :

7 -1- آثار الضغوط على الصحة البدنية :

تشير الدراسات الحديثة إلى وجود علاقة وثيقة بين ما يتعرض له الإنسان من ضغوط نفسية حياتية وصحة جسمية، فالضغوط النفسية لها أثر كبيـر فـي إحداث الأمراض الجسمية وقد أوضح ديفيد فونتانا (1993) أنه عند التعـرض لمواقف الضغط تسير الاستجابة الجسمية لمواجهة هذه المواقـف فـي أربعـة

مظاهر هي : تحريك الطاقة، تدعيم الطاقة، الوسائل المساعدة، ردود الفعل الدفاعية .

أ -محركات الطاقة :

بفعل الجهاز العصبي المستقل السمباتي والباراسمباتي تنشط الوظائف الفزيولوجية الحشوية مما يساعد على التحكم في إخراج الطاقة ويمثل ذلك محركات الإعداد السريع للجسم لمواجهة الموقف، منها:

- إفراز الأدرينالين والنورأدرينالين من الغدد فوق الكلوية :فتزيد من معدلات نبض القلب وضغط الدم ورفع مستوى السكر في الدم وتوجيه كمية أكبر من الدم إلى العضلات وزيادة معدلات الأيض .وإذا لم تترجم الاستجابة إلى فعل عاجل يمكن ظهور ردود فعل طويلة الأجل تتضمن اضطرابات في الأوعية الدموية للقلب تبدو في مرض القلب والسكتة، وتلف الكلية نتيجة لضغط الدم المرتفع واضطراب مستويات سكر الدم وقد يؤدي إلى حدوث البول السكري .
- إطلاق هرمون الغدة الدرقية يؤدي إلى تعزيزات للأيض الجسمي واحتراق الطاقة والنشاط الفزيولوجي، لكن استمرار ذلك لفترة طويلة يؤدي إلى الإنهاك وفقدان الوزن.
- إطلاق الكولسترول في الدم من الكبد الذي يعطي تعزيزا لمستوى الطاقة، أما ارتفاع مستوى الكولسترول في الدم باستمرار يؤدي إلى خطر تصلب الشرايين والأزمات القلبية.

ب – نظام تدعيم الطاقة :

بالإضافة إلى محركات الطاقة فإن هناك عددا من الوظائف الجسمية تساعد محركات الطاقة في الاستجابة للضغط ومنها :

– إغلاق الجهاز الهضمي : وهذا يسمح للدم بالتحول من المعدة ويبدو الفم جافا ولا تؤدي المعدة مهمتها بكفاءة وإذا طالت مدة ذلك تحدث الاضطرابات المعدية الهضمية .

–رد فعل الجلد : حيث يتحول الدم من سطح الجلد فيبدو شحوب الجلد تحت الضغط الزائد ويزداد إفراز العرق لتبريد العضلات التي تزيد حرارتها نتيجة للطاقة المندفعة المفاجئة .

–اتساع الممرات الهوائية في الرئتين كي يحصل الدم على الأكسجين، مما يؤدي إلى زيادة معدل التنفس، لكن الدم غير المؤكسد يمكن أن يؤدي إلى الفقدان المؤقت أو اضطراب الإيقاعات المعروفة لضربات القلب .

ج – وسائل مساعدة :

– إفراز الأندروفين في الدم من الهيبوتلاموس : يعمل على إزالة الألم فتختزل الحساسية والأضرار الجسمية عند حدوث الكدمات أو الجروح ولكن عندما تستنفذ الأندروفينات فإنها تجعل الفرد أكثر حساسية بالنسبة للصدمات والآلام النمطية كالصداع وألام الظهر .

– إفراز الكورتيزون في الدم من الغدد فوق الكلوية وهو يغلق ردود فعل الحساسية التي من الممكن أن تتعارض مع التنفس ولكن هذا يخفض من ردود فعل الجسم المناعية لكل أنواع العدوى ويزيد من خطورة التعرض لقرحة المعدة والحساسية وأعراض الربو عندما يكون الفرد تحت ظروف الضغط الزائد .

– نقص إفراز الهرمونات الجنسية : وهذا يؤدي إلى تحول الطاقة أو الانتباه إلى التنشيط الجنسي، وتختزل الارتباطات المحتملة للحمل وميلاد الطفل وعندما تطول الضغوط يمكن أن يؤدي ذلك إلى العنة والبرود الجنسي والعقم و مشكلات جنسية أخرى .

د – ردود فعل دفاعية :

وتتمثل في انقباض الأوعية الدموية وتجمد الدم والتجلط خاصة عند حدوث الجرح، ولكن زيادة الحمل والضغط يجعل القلب يحاول دفع الرواسب عبر الشرايين والأوعية الدموية، مما يعطي فرصة أكبر لتكوّن الجلطات الدموية والتعرض لأمراض القلب والسكتات القلبية (حسن عبد المعطي، 2006).

7-2- آثار الضغوط على الصحة النفسية :

أ- أثر الضغوط على الجوانب الانفعالية :

تعتبر ضغوط الحياة في معظمها غير سارة وبالمقابل تحدث انفعالات غير سارة وهذا الشعور السلبي يمكن أن يؤدي إلى حلقة مفرغة، فالضغوط تؤدي إلى فقدان قدرة الفرد على الاستمتاع بالحياة وبفقده الأمل في المستقبل تظهر اضطرابات انفعالية متعددة تؤثر عليه وتضعه وجها لوجه مع الأمراض العصابية والمزاجية. وقد أورد عدد من الباحثين مظاهر متعددة للاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها الفرد تحت الضغط الحاد منها ما يلي :

أ – زيادة التوتر : إذ تقل القدرة على الاسترخاء العضلي ومن ثم حدوث القلق .

ب- زيادة معدل الوساوس القهرية : فينزع الفرد إلى الشكوى التخيلية بجانب الاضطرابات الواقعية ويختفي الإحساس بالصحة والسعادة وتسود السلوكات القهرية من التأكد من الإغلاق، الغسيل غير الضروري، ...

ج – التغير في سمات الشخصية : فيتحول الأفراد الــذين يتســمون بالدقــة والحرص إلى أناس مهملين وغير مبالين أو غير مكترثين، والتسلط بعــد أن كانوا متسامحين .

د – زيادة المشكلات الشخصية ويصبح الفرد أكثــر حساســية وعدوانيــة، واللجوء إلى العنف.

ه- ظهور الاكتئاب والإحساس بالعجز : إذ تنخفض شدة حيوية الفرد ويزداد لديه الإحساس بالعجز تجاه تأثيره في الأحداث أو المشاعر المرتبطة بها .

و- الشعور بالذنب والتشاؤمية المتزايدة والشعور باليأس وفقدان الأمل والثقة بالنفس.

ز –الإحساس بالإحباط وتكرار السلوكات النمطية مما يؤدي إلى الإحســاس بعدم التوافق وهزيمة الذات والشعور بالاستنزاف الانفعالي .

ب- أثر الضغوط على الجوانب المعرفية :

عندما يتعرض الإنسان لضغوط حياتية حادة أو مهددة فإنه يصبح مشغولا بها وبالتالي تؤثر على العديد من الوظائف العقلية التي تصبح غيــر فعالــة، ويظهر عليه نقص في الكفاءة المعرفية وتكثر لديــه صــفة الوقــوع فــي الأخطاء، ومن التأثيرات المعرفية الناتجة عن الضــغوط والتــي أوردهــا الباحثون مايلي :

أ – ضعف مدى الانتباه والتركيز فيجد العقل صعوبة في أن يظل في حالة تركيز وتضعف لديه قوة الملاحظة .

ب – اضطرابات القدرات المعرفية، فيفقد الفرد نسبيا القدرة علــى ضــبط التفكير أو عدم دقة التفكير فيما يقول أو يفكر فيه أو ما يقال، وقد يتوقف في منتصف الجملة.كما يظهر التفكير المختلط أو المشوش.

ج – تدهور الذاكرة قصيرة المدى وطويلة المدى فيتناقص مدى الذاكرة وتقل الكفاءة في الاستدعاء والتعرف حتى على ما هو مألوف، وشيوع النسيان وعدم القدرة على تخزين المعلومات.

د –زيادة معدل الأخطاء خاصة في المهام المعرفية والمعالجات، وتصبح القرارات مشكوكا فيها ويتخذ الفرد قرارات متهورة أو اتخاذ القرارات البسيطة.

ه – تدهور قوى التنظيم والتخطيط طويل المدى ويصبح العقل غير قادر على التقييم بدقة للظروف الراهنة أو التنبؤ بالتتابعات المستقبلية.

و– زيادة الاضطرابات المعرفية وعدم القدرة على اختبار الواقع ونقص الموضوعية، اضطراب أنماط التفكير وتصبح الأفكار غير منطقية ولا عقلانية أي صعوبة التحكيم المنطقي.

ز– عدم القدرة على حل المشكلات والحكم والتقدير وضيق القدرة على إدراك البدائل.

ح – إحلال التفكير النمطي الجامد المتصلب بدلا من الاستجابة الابتكارية.

ط– الشعور المرتفع باليقظة والحذر والوعي والإدراك واللجوء إلى أنواع من التفكير والسلوك الدفاعي.

ج – أثر الضغوط على الجوانب السلوكية :

أورد بعض الباحثين عددا من التأثيرات السلوكية للضغوط الحادة ومنها :

أ– البطء في العمل والتغيب المتكرر، أو التأخر المستمر، والانخفاض المفاجئ في الأداء المهني نتيجة نسيان القيام بالأنشطة اليومية الضرورية، التمارض بسبب توهم المرض.

ب– عدم الاهتمام بالمظهر الخارجي .

ج– تغير عادات الأكل ويشمل ذلك انخفاض أو زيادة استهلاك الطعام.

د- زيادة التدخين وتناول القهوة أو تناول الكحوليات والعقاقير من أجل التفكير بصورة أفضل في المشكلة.

ه- سوء استخدام العقاقير يظهر في زيادة تناول واستخدام المهدئات والأمفيتامينات سواء بطرق شرعية أو غير شرعية .

و- زيادة مشكلات الكلام المتمثلة في اللجلجة والتلعثم وقد تظهر عند أفراد لم تكن لديهم مثل هذه المشكلات.

ز- نقص الحماس حيث يتخلى الفرد عن أهدافه الحياتية وقد يتوقف عن ممارسة هواياته وقد يتخلص من أمتعته أو ممتلكاته.

ح- انخفاض مستوى الطاقة ونقص الحيوية وقد ينقلب هذا المستوى بصورة ملحوظة من يوم لآخر وبسبب غير واضح.

ط- اضطراب عادات النوم فقد يصاب الفرد بالأرق الليلي أو زيادة معدلات النوم عن الوضع الطبيعي.

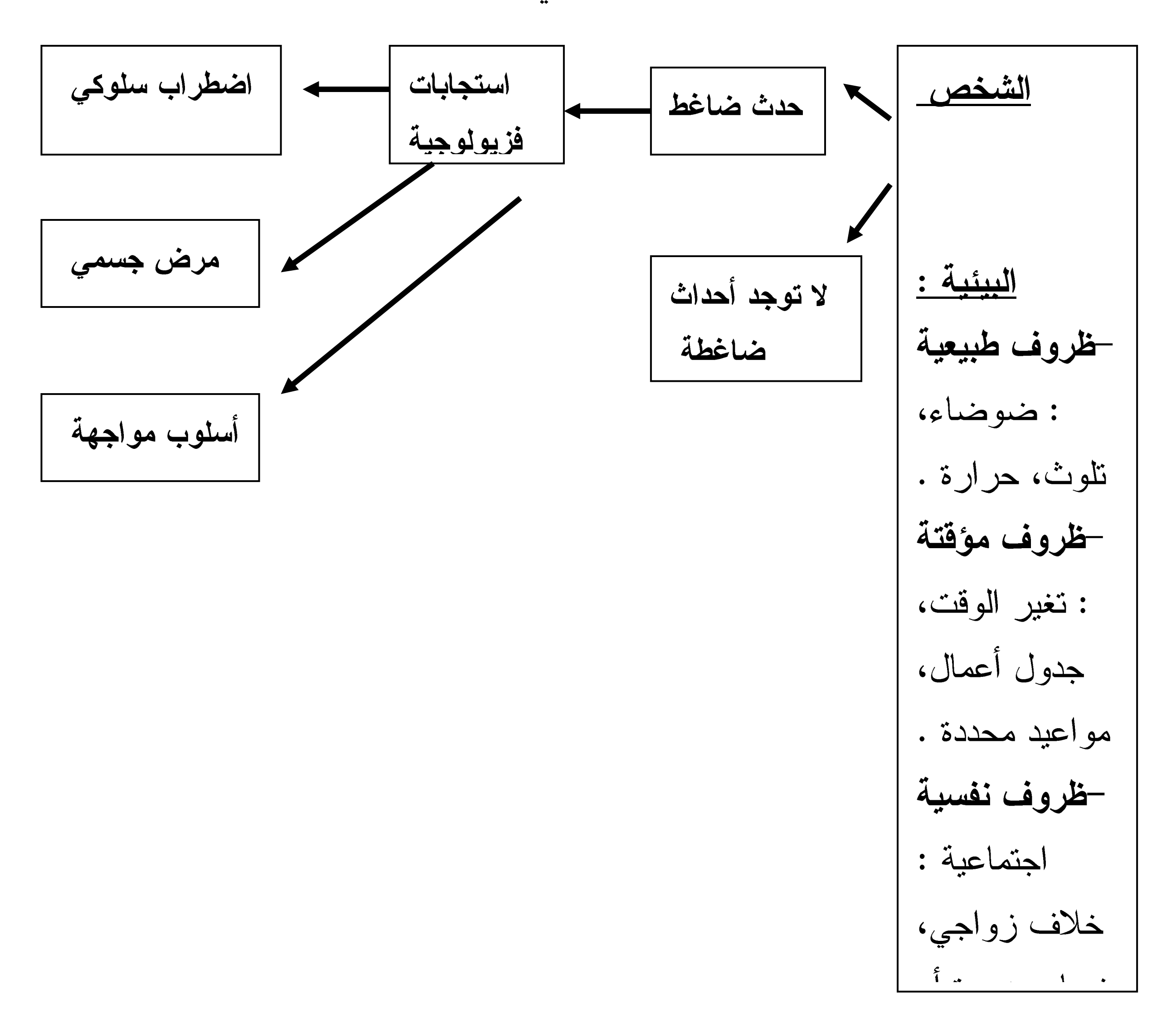
ك- الشك وعدم الاطمئنان للزملاء والأقارب، والميل لإلقاء اللوم على الآخرين.

ل- تجاهل المعلومات الجديدة والرفض المستمر للضوابط المفيدة أو التطورات الجديدة.

م- حل المشكلات بأسلوب سطحي حيث يتبنى الفرد حلولا غير نهائية وقصيرة الأجل ويتخلى عن محاولة البحث في جذور وعمق المشكلة وفي بعض الأحيان يستسلم الفرد لأي حلول.

ن- التهديد بالانتحار وربما محاولته والوقوع في حماقات متعددة (حسن عبد المعطي، 2006).

يتضح لنا من خلال العرض السابق أن للضغط آثار سلبية على مستوى الصحة النفسية والبدنية على حد سواء، وهذا ما يظهر على شكل اضطرابات سلوكية أو معرفية أو جسدية .والمخطط التالي يمكن أن يلخص لنا هذا :



شكل رقم(04) : العوامل الضاغطة وتأثيراتها.

8- الاتجاهات والنماذج المفسرة للضغط النفسي :

تؤكد ماجدة عبيد (2008) على تعدد وجهات نظر الباحثين حول تناول الضغط وهذا كغيره من المفاهيم، حيث اعتبره بعضهم مثيرا بينما تناوله الآخرون كاستجابة، أما الفريق الثالث فاعتبره عملية تفاعل بين الشخص والبيئة، وبهذا انقسم العلماء إلى ثلاثة اتجاهات هي :

1 – الاتجاه الأول :

ينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى الضغوط كمثير، فهذا الضغط يدركه الفرد على أنه يمثل تهديدا له، ولهذا فهم ينظرون للضغوط على أنها قد تكون داخلية المنشأ أو خارجية متعلقة بالبيئة والمحيط.

2 – الاتجاه الثاني :

ينظر علماء هذا الاتجاه للضغوط على أنها استجابة لأحداث مهددة تأتي من البيئة، ولهذا فهي تمثل ردود الفعل التي تصدر عن الفرد إزاء الحدث، وبالتالي الضغط يعتبر استجابة للحدث والاستجابات متعددة الأوجه، حيث تتضمن تغيرات في الوظائف المعرفية والانفعالية الفزيولوجية للجسم، وهنا يركز هذا الاتجاه على الحالة الداخلية للكائن العضوي لذلك يشار للضغط على أنه ردود الفعل الانفعالية الفزيولوجية التي تنجم عن التعرض للأحداث، وركزت الدراسات على ردود الفعل الانفعالية نحو الضغط على المشاعر السلبية مثل القلق والغضب والحزن وغيرهما.

واستند هذا الاتجاه إلى الأسس التي وضعها كانون بخصوص الاستجابات الفزيولوجية التي تصدر عن الجسم حيال تعرضه للمثيرات المختلفة في البيئة، وعرفها بردود فعل الجسم في حالة الطوارئ فأشار إلى مفهوم استجابة المواجهة أو الهروب التي قد يسلكها الفرد حيال تعرضه للمواقف المؤلمة في البيئة، فافترض أنه عندما يواجه الفرد تهديدا من البيئة فالجسم يستثار بسرعة

ويحدث تنشيط الجهاز العصبي السمباتي والجهاز الغددي مما يؤدي إلى حدوث تغيرات فزيولوجية تجعل الشخص مستعدا لمواجهة التهديد أو الهروب.

فاستجابة المواجهة أو الهروب هي استجابة تكيفية غير أنهـــا يمكـــن أن تكون ضارة للفرد لأنها تزيد من مستوى أدائه الانفعـــالي الفزيولـــوجي عنـــد تعرضه للضغط المستمر .

كما يعتبر هانز سيلي من الذين عرفوا الضغط على أنه استجابة وتوصل إلى مفهومه الخاص بزملة أعراض التكيف العام، وهي بشكل جوهري ميكانزم دفاعي يعمل على مواجهة المثيرات التي تهدد الاتزان. ولكن سيلي ركز فـــي دراساته على الاستجابة الفزيولوجية ولم يهتم بالمثير أو الحدث الضاغط.

3- الاتجاه الثالث :

هو الاتجاه التفاعلي (تفاعل الفرد مع بيئته) حيث اعتبر العلماء الضـــغط نتاج تفاعل أو علاقة خاصة بين الشخص والبيئة، فاعتبروا الضغوط أنها ليست بمثيرات بيئية ولا استجابة للحدث إنما الضغط هو علاقة بين الشخص والبيئـــة، فيحدث عندما تتجاوز المطالب البيئية مصادر الفرد وإمكاناته للمواجهة .

وأكد أصحاب هذا الاتجاه على التفاعل بين الشخص والبيئة وعلى الدور الذي تلعبه المتغيرات الوسطية مثل خصائص الشخصية والمتغيرات المعرفيـــة بين الحدث الضاغط والاستجابة له، وأيضا هناك الفروق الفردية بين الأفراد في التقدير أو التقييم المعرفي التي تؤثر على الاستجابة للمثيرات البيئية وأن الضغط ينشأ من التفاعل بين الشخص والبيئة، وأن المتغيرات المعرفية والدافعية لـــدى الفرد تحدث تفسيرات مختلفة عن الحدث الضاغط، لذا فإن هناك فروقـــا فـــي استجابة الأفراد للضغوط، وهذا يتأثر تبعا لاختلاف القيم والاتجاهات والمكونات المعرفية لدى الأفراد .

من خلال هذا التنوع في مجال دراسة الضغط سنحاول التعــرض لأهــم الاتجاهات النظرية المفسرة للضغط النفسي وهذا على النحو التالي :

8-1- نموذج والتر كانون :

يعتبر العالم الفزيولوجي كانون من أوائل الذين استخدموا عبارة الضــغط وعرفه بردة الفعل في حالة الطــوارئ Emergency Response أو رد الفعــل العسكري Militaristic Response بسبب ارتباطها بانفعال القتال أو المواجهة.

وفي بحوثه على الحيوانات استخدم عبارة الضغط الانفعالي ليصف عملية رد الفعل النفسي الفزيزلوجي التي كانت تؤثر في انفعالاتها. وقد بينت دراساته أن مصادر الضغط الانفعالية كالألم والخوف والغضب تسبب تغيرا في الوظائف الفزيولوجية للكائن الحي، وهذا يرجع إلى التغيرات في إفــرازات عــدد مــن الهرمونات، أبرزها هرمون الأدرينالين Adrénaline ويعرف أيضا بــالإبنفرين Epinephrine الذي يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الطارئة.

وقد كشفت أبحاث كانون عن وجود ميكانزم أو آلية في جســم الإنســان تساهم في احتفاظه بحالة من الاتزان الحيوي Homeostasis أي القــدرة علــى مواجهة التغيرات التي تواجهه والرجوع لحالة التوازن العضــوي والكيميــائي بانتهاء الظروف والمواقف المسببة لهذه التغيرات. ومن ثــم فــإن أي مطلــب خارجي بإمكانه أن يُخل بهذا التوازن إذا فشل الجسم في التعامل معه. وهذا مــا اعتبره كانون ضغطا يواجه الفرد والذي ربما يؤدي إلى مشكلات عضــوية إذا أخل بدرجة عالية بالتوازن الطبيعي للجسم. وقد أولى اهتماما لــدور الجهــاز الســمباتي Sympathetic System كأحــد أقســام الجهــاز العصــبي الــذاتي Autonomic Nervous System لدوره الهام في تهيئة الجسم لمواجهة المواقف الضاغطة وتمكين الجسم من الاحتفاظ بالتوازن المشــار إليــه (علــي عســكر ،2003).

8-2- نموذج هانز سيليه Hans Selye

جاء اكتشاف هانز سيليه Hans Selye للضغط صدفة، وهذا من خلال بحوثه على الهرمونات الجنسية في العشرينات، فقد لاحظ بعد حقن فئران تجاربه بأنسجة غددية غير معقمة حدوث ردود فعل غير واضحة منها تضخم في الغدة الأدرينالية Adrenal Gland، تضاؤل وضمور في بعض الحالات للغدة التيموسية Thymus Gland وظهور قرحة Ulcer في الجهاز الهضمي.

وفي تجارب لاحقة وجد أن هذه الأعراض تظهر مع مصادر ضغط أخرى مثل الحرارة، البرودة، الجرح، العدوى، التعرض لأشعة أكس، الحقن بالأنسولين وغيرها من المؤثرات . هذه الأعراض سماها سيليه فيما بعد بمجموعة الأعراض الحيوية للضغط Biological Stress Syndrome أو جملة الأعراض التكيفية العامة The General Adaptation Syndrome الذي يشار إليه GAS (علي عسكر، 2003).

قام سيليه بتبسيط مفهوم الضغوط وتقدم في دراستها مشيرا إلى أن كثيرا من العوامل البيئية يحول الجسم عن حالة التوازن Equiblibrum كالحرارة، البرودة، الألم، السموم والفيروسات وغيرها، وتتطلب من الجسم الاستجابة لها، هذه العوامل تسمى الضواغط أو مثيرات الضغط Stressors وتتضمن أي شيء يتطلب من الجسم أن يعبئ Mobilize استجاباته لمواجهته، والجسم يستجيب للضواغط بجهاز منظم من التغيرات الجسمية والكيميائية التي تُعد الفرد للقتال أو التفادي (تجنب).فالجسم عادة يقابل التحدي للبيئة ويتكيف مع الضغوط (حسن عبد المعطي ، 2006)، ووفقا لسيلي فإن عرض التكيف العام يتكون من ثلاث مراحل :

1 – مرحلة الإنذار Alarm Phase:

تمثل هذه المرحلة رد الفعل الأول للموقف الضاغط عندما يدرك الفـــرد التهديد الذي يواجهه عن طريق الحواس، التي تنتقل منها إشارات عصبية إلـــى الدماغ، وبالتحديد إلى الغدة النخامية Pituitary Gland وهـــذا بـــدوره يرســـل رسائل عصبية إلى الدماغ وكيميائية للأجهزة المعينة في الجسم، حيـــث يفـــرز هرمون الأدرينالين، يزداد التنفس، يزداد السكر والدهون في الدورة الدمويـــة، وتشد العضلات ليتهيأ الجسم لعملية المواجهة، وتعرف هذه التغيرات بالاستثارة العامة .

2 – مرحلة المقاومة Resistance Phase :

في هذه المرحلة ينتقل الجسم من المقاومة العامة إلى أعضاء حيوية معينة تكون قادرة على صد مصدر التهديد، ورغم أن الكائن الحي يتكيف مع مصـــدر الضغط إلا أن هناك حدود لعملية المقاومة من جانب الجسم.

3 – مرحلة الاستنزاف Exhaustion Phase :

تبرز المرحلة الثالثة إذ استمر التهديد واستنفذت الأعضاء الحيوية قواهـــا اللازمة للصمود، الأمر الذي يؤدي في بعض الحالات المتطرفة إلـــى المـــوت، فعلى سبيل المثال مع أن الجسم لديه القدرة على التكيف مع ضغط الدم العـــالي إلى أن استمرار زيادته يؤدي إلى المساهمة في تلف الكبد والقلب، كما أن هناك أدلة علمية تبين أن استمرار الضغط يمكن أن يؤدي إلى ضعف جهاز المناعـــة في الجسم وفي الحالات القصوى إلى الوفاة (علي عسكر، 2003) .

وحسب طلعت منصور و فيولا الببلاوي (1989) (نقلا عن حسن عبد المعطي 2006) يميز سيليه بين شكلين من الضغوط :

الأول : استجابة الأسى أو الانضغاط Distress والألم وهو الاستجابة لأحداث سلبية :

فالضغوط بمثابة إنذار فزيولوجي للأحداث السلبية التي يستجيب لها الجسم كنوع من المقاومة، ولقد سلم سيليه بأن الضواغط النفسية مثل الصدام أو التضارب الانفعالي والحزن والأسى يمكن أن تكون هامة ومماثلة للضغوط الجسمية كالتعرض للحرارة المرتفعة أو المنخفضة والكيمياويات السامة ...فكلها ضغوط تتطلب استجابة الجسم لها .

الثاني : استجابة الضغط الحسن Eustress :

وهذا مثل الشعور بالنشاط والاستجابة لأحداث ايجابية وذات مشاعر طيبة، وحتى إذا كانت تتطلب من الجسم أن ينتج طاقة قصيرة المدى كالمنافسة في حدث رياضي، العمل الشاق في مشروع ممتع...فكلها تفرض على الفرد التزامات جديدة لا يستطيع التوافق معها.

وعموما فإن سيليه ركز على الاستجابات البيولوجية التي تنتج عن محاولة الشخص أن يتكيف مع المتطلبات البيئية. وعرف سيليه الضاغط stressor باعتباره أي حدث ينتج عنه ضغط، ويقرر سيلي (1987) أنه عندما يكون المرء بلا ضغوط فإن هذا يعني الموت، ولكن شدة الضغوط والتعرض المتكرر لها وما يترتب عنه من تأثيرات سلبية، كالفوضى والارتباك في حياة الفرد والعجز عن اتخاذ قرارات وتناقص فعالية سلوكه وعجزه عن التفاعل مع الآخرين وظهور أعراض لأمراض جسمية...وغير ذلك من نواحي الاختلال الوظيفي، فإن هذا يعني أن تلك التأثيرات السالبة مرتبطة باعتلال الصحة النفسية.

ورغم تأكيد سيلي على الضغوط الايجابية والسلبية إلا أنه لاحظ أيضا أن بعض العوامل يمكن أن تتدخل في الضغوط وحددها كما يلي :

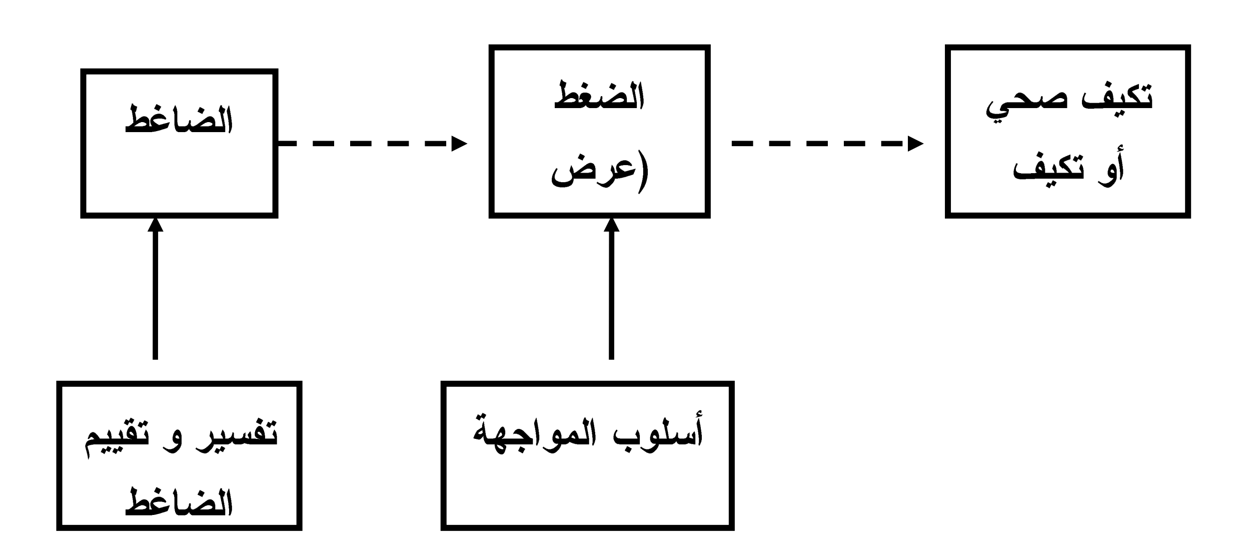
أ – تقييم الأفراد للأحداث الضاغطة :

فتقييم الأفراد للأحداث الضاغطة هو السبب في أن الأحداث التي تكون ضاغطة بالنسبة لشخص ما يمكن أن تمثل مجرد اعتراض أو تحدي بالنسبة لشخص آخر، وتحدث تبرما وضجرا بصورة روتينية لثالث.

ب – أساليب مواجهة الأحداث الضاغطة :

يظهر أن العلاقة بين الضغوط ونتائجها لا يمكن النظر إليها إلا من خلال كيفية مواجهة الفرد لها والأساليب التي يتبناها في تعامله معها .فليس كل الأفراد الذين يكونون تحت الضغوط يسلكون نفس الطريقة، ولا يقع الجميع في المرض(حسن عبد المعطي، 2006).

وبالتالي يمكن النظر للعلاقة بين الضواغط واستجابة الضغط على النحو التالي :



شكل (5) العوامل التي تتوسط العلاقة بين الضواغط واستجابة الضغط ونواتجه

وبناءا على ما أشار إليه هانز سيليه حول الاستجابة التكيفية التي أطلق عليها تسمية

زملة التكيف العام يمكن النظر إلى الآثار المترتبة عنها من خلال الجدول التالي

المرحلة الأولى : رد فعل الإنذار بالخطر	**المرحلة الثانية :المقاومة**	**المرحلة الثالثة : الاستنزاف –الانهاك–**
-اتساع القشرة الأدرينالية. – تضخم الجهاز اللمفاوي – زيادة مستويات الهرمونات – انخفاض مستوى الابنفرين – ارتفاع قابلية الإصابة العضوية –ارتفاع القابلية للإصابة بالمرض	– انكماش القشرة الأدرينالية. – عودة العقد اللمفاوية لحجمها الطبيعي – الإبقاء على مستويات الهرمونات – توقف عمل الجهاز الباراسمباتي – مقاومة التأثيرات المهددة والمرتبطة بالضغوط. –الحساسية المرتفعة للضغوط	–زيادة الاختلال الوظيفي للغدد اللمفاوية. – زيادة مستويات الهرمونات. –نقص هرمون التكيف . –انخفاض القدرة على مقاومة الضغوط –خبرات انفعالية حادة:كالقلق والاكتئاب –التعرض للمرض أو الموت
إذا استمرت الضغوط فإن العناصر الأخيرة من زملة التكيف العام تتحفز وتنشط وتبدأ المرحلة الثانية	إذا استمرت الضغوط في مستويات شديدة تقل الهرمونات الاحتياطية المختزنة ويظهر التعب والإجهاد ويدخل الفرد في المرحلة الثالثة	

جدول رقم (6) : الآثار المترتبة عن الضغط حسب سيليه.

وإن كان نموذج سيلي للضغط يحتل مكانة هامة في التفكير الحديث، إلا أنه على الرغم من أنه أضاف الكثير لفهم ميكانزم الضغط، إلا أن العلماء أكدوا على بعض جوانب النقص لهذا النموذج، فقد ذكر كورزيني (1994) Corisini ما يلي :

1. تعريف سيليه للضغط تعريف دائري circularity، الموقف الضاغط هو ما يسبب الضغط، لكن لا يوجد تعريف مستقل للموقف الضاغط.
2. لم يتعامل سيليه مع الجانب المعرفي للموقف الضاغط، فقد تم تعريف المواقف الضاغطة بمصطلحات فزيولوجية، مع قليل من الاهتمام بمعنى الموقف ودلالته للفرد، فشدة المثير أقل أهمية بالنسبة للفرد من دلالته.
3. تعريف سيليه لم يؤكد على الآثار النفسية والسلوكية للضغوط، بل أكد على الآثار الخلوية للجسم، رغم التأكيد على الآثار النفسية والسلوكية المتسقة مع اتجاهه.
4. رغم أن سيليه افترض أن المستويات المتوسطة من الضغط تكون موجبة، إلا أنه لم يشر إلى العوامل التي تحدد ما يجعل الضغط ايجابيا، فقد افترض خطورة المثيرات لكنه لم يعرف الموقف الخطير (بشرى إسماعيل، 2004).

رغم هذا ورغم السبق الذي حققه سليه في تفسير الضغط إلا أن هناك من يرى أن نموذج سليه المقدم عام (1956) لا يأخذ بعين الاعتبار أن نفس الحدث الحياتي لا يؤدي بالضرورة إلى نفس الاستجابة وحتى أنه في وقتين

مختلفين فإن نفس الفرد لا يستجيب بـــنفس الأســـلوب لـــنفس المثيـــر (Paul – Etienne chipp , Klaus Scherer,1992)

ولكن يبقى سيليه من الذين قدموا الكثير في مجال الضغط وانعكاســـاته على صحة الأفراد وسلامة أجهزتهم، الأمر الذي مهد للكثير من الاتجاهـــات التفسيرية ولبروز إسهامات الباحثين، وهذا ما أدى إلى تطوير مختلف النماذج والنظريات.

3-8- نموذج أحداث الحياة الضاغطة هولمز و راه Holmes ,Rahe :

هذا النموذج جاء كرد فعل لاهتمام سيلي المتزايـــد بـــالتغيرات بوصـــفها مصدرا للضغوط، حيث يؤكد هذا النموذج على أن أحداث الحيـــاة والتغيـــرات البيئية الخارجية، سواء كانت ايجابية أو سلبية من شأنها أن تشكل ضغوطا على الفـــــــــرد حيـــــــــــث اتفـــــــــق هـــــــــــولمز وراه (1967) Holmes ,Rahe و هـــولمز وماســـودا (1974) Holmes ,Masuda علـــى أن أحداث الحياة لها تأثيرات على الأفراد، ومن ثم شرعوا في تحديد أحداث الحياة التي يكون لها ثمة ردود فعل ضاغطة وطوروا نتيجة لـــذلك مقياســـا لأحـــداث الحياة الضاغطة.

ويفترض هذا الاتجاه أن رد فعل الضغط يحدث عندما يمر الفرد بشـــيء يتطلب منه استجابة تكيفية أو سلوك مواجهة، والحدث الضاغط قد يكون ايجابيا أو سلبيا، ويتضمن أي جانب من جوانب حياة الفرد بما في ذلك الحياة الأسرية والمهنية.

كما يفترض هذا الاتجاه أن تأثير أحداث الحياة يختلف من حيـــث قدرتـــه على إحداث الضغط، وأن المقدار الكلي للتأثير يحدد مقدار الجهد الـــذي يجـــب على الفرد القيام به للمواجهة، ويشير مصطلح إعادة التوافق الاجتماعي social readjustement إلى المواجهة والتغييرات اللازمة للاستجابة للضغط.

وفي ضوء هذا النموذج وضع هولمز وآخــرون (1974) Holmes et al مقياس تقدير إعادة التوافق الاجتماعي، وقد أيدت النتائج التي تم التوصل إليهــا النموذج ودعمته، غير أن تقييم هذه الدراسات أشار إلى مشكلات فـــي قيـــاس وتفسير أحداث الحياة، وقد قام ربكين وسترونينج (1976) Rabkin ,Struening بمراجعة هذه الدراسات ووصفا جوانب قصورها. ووجدا أن كثيرا مـــن هـــذه أفرطت في الاهتمام بالتقييم الإحصائي للعلاقة بين أحداث الحيـــاة والمـــرض، وذلك لأن الباحثين استخدموا طرقا غير ملائمة لتحليل البيانات من عينات كبيرة بلغت 2500 شخص أحيانا، كما لاحظا أيضا أن مقياس تقدير إعـــادة التوافـــق الاجتماعي ليس مقياسا ثابتا أو صادقا، فبنود المقياس غيـــر مناســـبة لـــبعض الأفراد، واستخلصا من ذلك أنه رغم أن مفهوم أحداث الحياة هام إلا أن كل من المنهج والقياس يحتاجان للتطوير والتحسين (بشرى إسماعيل، 2004).

وينطوي هذا النموذج على أمرين أساسين وهمـــا أن الضـــواغط يمكـــن تصورها على أنها أحداث الحياة الرئيسية وأن التكيف يكـــون مســـؤولا عـــن استجابة الضغط وأن هناك خصائص للأحداث الضاغطة الرئيسية والتي تبـــدو مسؤولة عن العلاقة بين هذه الأحداث وظهور الأعراض النفسية (ماجدة عبيد، 2008).

و يتفق توماس هولمز وريتشارد راه (1967) Thomas Holmes ,Richard Rahe مع سيليه على أن الضغوط النفسية يمكن أن يكون لها تأثيرات بدنية غيـــر أنهما وزملائهما قد ركزا على ضغوط أحداث الحياة Events Of Life وشرعوا في تحديد أحداث الحياة التي يمكن أن تسبب ردود أفعال ضـــاغطة، كمـــا أنهـــم أرادوا أن يطوروا طريقة لقياس شدة ردود الأفعال هذه وخرجوا بنموذج أحـــداث الحياة المسببة للضغوط The Stressful Life Events Model .

وقد اقترح راه وماسودا (1974) Masuda, Rahe عملية بواسطتها قد يحدث الضغط، وحددوا التغيرات على طول الممر ما بين سبب الضغط الأولي والمرض البدني النهائي، ويشمل الممر حواجز buffers ومرشحات filtres يمكن تتبع الأحداث المسببة للضغط عندها، وهذا ما يوضحه الشكل التالي :

الخبرة السابقة ←الميكانزمات الدفاعية ← رد الفعل ← الفزيولوجي ← المواجهة ←السلوك المرضي القواعد المرضية .

شكل (07) مسار عملية الضغط ما بين حدوث الأحداث الضاغطة والحالة المرضية

تفسير الشكل :

-الخبرة السابقة Past Experience : وهي المرشح الأول وهي التي قد تزيد أو تقلل تأثير الحدث الضاغط وتبين أنه إذا كان حدثا مشابها لحدث في الماضي كان ضارا فإن الفرد سوف يدرك الحدث على أنه مهدد.

-رد الفعل الفزيولويجي Physiological Reaction : وهنا يكون الحدث قد انتقل إلى استجابات فزيولوجية.

-أما المرشحات الأخرى فتحدد ما إذا كان الشخص يحاول مواجهة الحدث الضاغط أو أن أعراض المرض يتم إنتاجها (حسن عبد المعطي، 2006).

8-4- نموذج سبيلبرجر Spielberger :

تعتبر نظرية سبيلبرجر في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عنده، فقد أقام نظريته في القلق على أساس التمييز بين القلق كحالة والقلق كسمة،

ويرى أن للقلق سمة دلالة على استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية.

وقلق الحالة هو قلق موضوعي أو موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة وعلى هذا الأساس يربط سبيلبرجر Spielberger بين الضغط وقلق الحالة، ويعتبر الضغط الناتج ضاغطا مسببا لحالة القلق، ويستبعد ذلك عن القلق كسمة حيث يكون من سمات شخصية الفرد القلق أصلا.

كما اهتم سبيلبرجر Spielberger بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة يجب تقييمها على أنها خطيرة أو مهددة فتصبح سببا لحدوث القلق، كما يميز بين مفهوم الضغط ومفهوم التهديد من حيث أن الضغط يشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي . أما كلمة تهديد فتشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص على أنه خطير أو مخيف (وليد خليفة، مراد سعد، 2008)

8-5- نموذج ريتشارد لازاروس Richard Lazarus :

يؤكد لازاروس أن نموذجه يوضح العلاقة التفاعلية بين الفرد والمحيط (Paul –Etienne chipp, Klaus Scherer, 1992) ويعد هذا النموذج الذي يعرف بنموذج التقييم المعرفي من أهم النماذج التي ترى أن الضغوط تحدث عندما يواجه الشخص مطالب تفوق قدرته على التكيف، ويرى أن الضغوط وأساليب مواجهتها ترجع للمعرفة والإدراك وللطريقة التي يقيم بها الفرد علاقته بالبيئة وأن هذه العلاقة لا تسير في اتجاه واحد بل إن متطلبات البيئة وأساليب مواجهة الضغوط والاستجابة الانفعالية هي نتيجة لتأثير كل منها على الآخر. ويؤكد لازاروس وآخرون على أن معنى الحدث وتفسير الفرد له يلعبان دورا هاما في مدى تأثير الحدث على الفرد، ويرى أن هناك عمليتين معرفيتين تتوسطان

العلاقة بين الحدث المسبب للضغط وبين نتائجه وهما التقييم المعرفـــي للحـــدث وتقييم الفرد لأساليب التعامل مع هذا الحدث. كما يشير هو وأصـــحابه إلـــى أن للضغط ثلاث عمليات ويؤكد بأن هذه العمليات لا تحدث بالضـــرورة متتاليـــة، وتسمى الأولى بالتقدير الأولي وهو إدراك الفرد لتهديد ما ثم تقييمه للحدث إمـــا بأنه مفيد، وهذا يعبر عن التوافق بين الشخص وبيئته ولا يتطلـــب أي جهـــود للمواجهة، أو تقييمه للحدث بأنه ضاغط وهنا تأتي العملية الثانية وهي التقـــدير الثانوي وهو تقييم ما لدى الشخص من طرق للمواجهة ومـــدى ملائمـــة هـــذه الطرق لخفض التوتر والألم. وقد يغير التقدير الثانوي التقدير الأولي للموقـــف، أما العملية الثالثة فهي المواجهة وهي إعادة تقييم الموقف والاستجابة له ثم تنفيذ الاستجابة (وليد خليفة، مراد سعد، 2008)

انصب اهتمام لازاروس على التقييم الذهني ورد الفعل من جانب الفـــرد للمواقف الضاغطة، واتفق مع والتر كانون على أن الضغط يحدث نتيجة للتفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة، وأكد بصورة خاصة على التقييم الذهني من جانـــب الفرد ومن ثم الحكم على الموقف المواجه وتصنيفه فيما يتعلق بالضغط.كما أن الأفراد يختلفون في تقييمهم للمواقف من حيث الضغط فالموقف الـــذي يكـــون مصدر إزعاج لشخص ما ربما لا يكون كذلك لشخص آخـــر (علـــي عســـكر، 2003).

ويظهر أن ريتشارد لازاروس يؤكد على فكرة أساسية مفادهـــا التقيـــيم Appraisal ورأى أنها تنقسم إلى قسمين :

1 – التقييم المبدئي أو الأولي Primary Appraisal :

ويعني به تلك المحاولة التي يقوم بها الفرد لتقييم الحدث وللتعرف عليـــه هل هو سلبي أم إيجابي، فإذا أدرك بأن الموقف سلبي يقوم بتقييمه مـــن حيـــث

درجة الضرر harm ومن حيث درجة التهديد threat ومن حيث درجة التحدي challenge.

2 – التقييم الثانوي Secondary Aappraisal :

ويعني به تقييم الفرد لإمكانياتـــه الفرديـــة والشخصـــية وكـــذا الماديـــة والاجتماعية لمواجهة هذا الحدث الذي تم تقييمه كحدث ضاغط.

ولهذا فإن لازاروس يرى أن التوازن بين نوعي التقيـــيم : المبـــدئي أو الأولي Primary Appraisal والتقييم الثـــانوي Secondary Appraisal يكـــون بالحكم على مدى إدراك الضغوط، فحين يكون الضرر أو التهديـــد أو التحـــدي أعلى وأكبر من إمكانات المواجهة أو ما يسمى باستراتيجيات المواجهة coping ressources فإن الفرد سوف يدرك الضغوط وتظهر عليه ردود فعل الضـــغوط النفسية (Shellye ,Taylor, 1995).

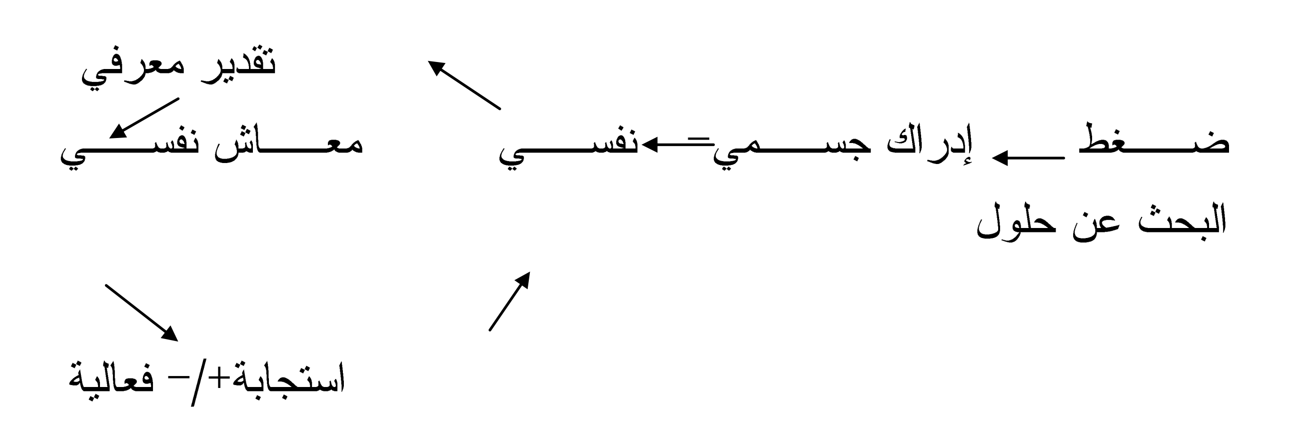
من خلال هذا يمكن أن نقول أن لازاروس وفولكمان (1986) , Lazarus Folkman ينظران للضغط على أنه يظهر حين يقيّم الفرد موقفا ما علـــى أنـــه يستنفذ قدراته الشخصية، وهذه الاستجابة تظهر كنتيجة لاختلال التـــوازن بـــين متطلبات الموقف المثير وقدرات الفرد الموظفة بهدف التعامل والتسوية.

وحسب جان مارك تريفو (1996) Jean-marc triffaux فـــإن لازاروس وكوين Lazarus,Coyne قد قدما مفهوما أساسيا وهو مفهوم التقدير المعرفـــي عام (1981) هذا المفهوم الذي من خلاله تظهر استراتيجيات التكيـــف المشـــار إليها باستراتيجيات التعامل التي يقوم الفرد باستعمالها عند مواجهتـــه للمواقـــف الضاغطة والتي تتحدد من خلال التقييم لهذا الموقف والنتائج المترتبة عنه، إلى جانب المصادر الشخصية التي يمتلكها.

حسب هذا النموذج هناك أربع آليات أساسية تســـمح للفـــرد بالاســـتجابة للضغط وهي :

- البحث عن المعلومات المتعلقة بخصائص المصدر الضاغط.
- تحديد الاستجابة المباشرة للموقف الضاغط.
- الكف الذي يمكن أن يؤثر سلبا على الفرد.
- تكوين سيرورة نفسية تسمح بتعديل العلاقة بين الفـــرد والمحـــيط (التعديل الذاتي للانفعالات).

والعلاقة الدائرية تستقر في النهاية بين الضغط الخـــارجي والمعـــاش الانفعالي والتحليل المعرفي للصراع و البحث عن الحلول أكثر /أقـــل فعالية.



شكل رقم(08) التقدير المعرفي في مواجهة المصدر الضاغط واستراتيجيات التعامل حسب لازاروس

هذا الشكل الدائري يمثل مفهوما ديناميا للضغط، أين يصبح المثير مرتبطا بالقيمة التي يوليها له الفرد، كما أن المتغيرات البيئية والشخصية في مواجهة الموقـــف الضـــاغط ليســـت ثابتـــة بـــل فـــي محاولـــة مســـتمرة لإعـــادة التعريف Redéfinition والتنظـــيم Réorganisation) Jean-marc triffaux , 1996).

وكخلاصة لنظرية فولكمان ولازاروس عن الضغط يمكن القول أنه توجد هناك ثلاثة مكونات رئيسية للضغط وهـــي الموقــف أو المطالـــب والتقيـــيم المعرفي للموقف والمصادر المدركة لدى الفرد في مواجهة المطالب، ومـــن المطالب المشكلات الاقتصادية والجدال أو النقاش في الأسرة وظروف العمل والطلاق، الزواج، الفشل، أما التقييم المعرفي للموقف فهي كيفية تفسير الفرد للموقف، فموقف معين يفسره شخص أنه موقف ضاغط بينما آخـــر يفســـره على أنه غير ذلك، أما المصادر فهي تشير إلى قدرة الفرد على التعامل مـــع الحدث الضاغط، فقد يدرك شخصان على أن الحدث ضاغط ولكن أحـــدهما يعتقد أن لديه مصادر وإمكانات تساعده على التعامل مع الضغط بينما آخر قد لا يعتقد ذلك، فكل منهما يستجيب ويتعامل مع الموقف حسب ما لديـــه مـــن مصادر مواجهة (ماجدة عبيد ،2008).

لاشك في أن المفهوم الذي قام لازاروس ومساعدوه بمواصلة تطويره في السنوات الأخيرة، قد أغنى أبحاث الضغط النفسي ومع ذلك لابد من الإشارة إلى بعض المشكلات المتعلقة التي يشير إليها كل من كلاوس شويح، غيرت شراينكه (2006) إذ يقدم لازاروس وصفا لنشأة الضغط والتغلب عليه، إلا أنه يتحاشـــى الالتزام بتعريف واضح للضغط .إن حقيقة الضغط النفسي لا يغدو ضـــغطا إلا من خلال الفرد، تجر إلى مشكلات منهجية في تسجيله، ومما يزيد من حجم هذه المشكلات أنه من غير الواضح إلى حد بعيد اليوم كيف يمكن أن تغدو عمليـــات التقييم والتذليل الإدراكية هذه قابلة للفهم من قبل الفاحص، لاسيما في ظـــروف الحياة الواقعية، وتسري هذه المشكلات على سائر نظريات الضغط التي تنطلق من الظروف الحياتية الفعلية بما يتفق مع المعالجة الفردية والكفاءات الفردية.

كما أنه ليس كل ترقب لأحداث سلبية ضغط نفسي، لذلك لابد من طـــرح سؤال عما هو المهدد وعما إذا كان بإمكان تقييم التهديد أن يكون المطلق الوحيد

للضغط. وبذلك يهمل لازاروس إلى حد بعيد العلاقات ولاسيما العلاقات المتبادلة مع الارتكاسات النفسية –الفزيولوجية. ويبقى في نظريته السؤال التالي معلقا : ما هي السمات الموضوعية للموقف أو الظرف، ما هي السمات الشخصية التي تمثل وحدها دون غيرها، أبعادا شاملة، وبالتالي ما هي العلاقات المتبادلة بين الظرف وسمات الشخصية التي تلعب دورا أساسيا في تقييم التهديد وفي تقييم التذليل أيضا ؟.

6-8- نموذج اندلر (1990) Endler :

هذا النموذج يشبه نموذج لازاروس ويؤكد على العلاقة الديناميـة بين الفرد وبيئته، ويرى أن البيئة تؤثر في سلوك الفرد بالأحداث البيئية، التي يُعرفها على أنها الخلفية أو السياق الذي من خلاله يحدث السلوك، في حين أن الموقف هو الخلفية العابرة أو المؤقتة أو المثير، ويرى اندلر (1990) Endler أن المتغيرات الشخصية تتفاعل مع المتغيرات الموقفية لتساهم في إدراك الفرد للموقف في البيئة، فإذا أدرك الفرد الموقف بوصفه مهددا أو خطرا فإن ذلك يؤدي إلى زيادة قلق الحالة لديه، والزيادة في قلق الحالة يؤدي إلى استجابات وسلوكات المواجهة للموقف (ماجد عبيد، 2008).

ويعترف هذا النموذج بأهمية كل من العوامل البيولوجية والاجتماعية والنفسية في الشخصية، ويعرف البيئة بأنها الخلفية العامة أو السياق الذي من خلاله يحدث السلوك، في حين أن الموقف هو الخلفية العابرة أو المؤقتة أو المثير، ويمكن أن يفسر بوصفه عنصرا داخل الموقف، كما يؤكد اندلر Endler (1990)على الإدراك بوصفه عاملا نفسيا يتضمن التفاعل بين الشخص والموقف. ويستخدم اندلر (1990) Endler كلمة الضغط لوصف التفاعل بين الشخص والموقف الذي من خلاله يدرك الفرد التهديد أو الخطر، كما يعترف اندلر بالعوامل الفينومولوجية والمعرفية كجوانب هامة في الشخصية.

ويرى اندلر أن متغيرات الشخصية تتفاعل مع المتغيرات الموقفية لتساهم في إدراك الفرد للموقف في البيئة (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

8 -7- نموذج هورويتز Horowitz :

يحدد هذا النموذج المراحل العامة للاستجابة لمصدر الضغط والتي يستجيب من خلالها الفرد عادة، وهي أربع مراحل متتابعة بشكل يتناسب مع وظيفته وشخصيته.

1 – مرحلة التفاجؤ : وهي استجابة صدمية مبدئية.

2 – مرحلة الإنكار : يحاول الفرد اللجوء إلى تعابير من قبيل " هذا غير ممكن ".

3 – مرحلة الإغراق : المشاعر هنا تكون مرتبطة بالحدث الضاغط، حيث يصبح على شكل صورة، ذكرى، كابوس ...

4 – مرحلة التشكل : وهي عملية استقلابية نفسية فزيولوجية للحدث الضاغط تسمح للفرد بفهم واستيعاب الحدث واستعادة حالة التوازن (Jean-marc triffaux, 1996).

8-8- النموذج البيو نفس اجتماعي للضغط Engel :

تم اقتراح هذا النموذج من قبل أنجل (1977) Engel وما يزال مستعملا في الدراسات الحديثة ويعتمد عليه في تفسير مخلفات وآثار الضغط على الصحة النفسية. وحسب هذا النموذج فإن كل استجابة نفسية لابد أن يتم تناولها من عدة نواحي وهذا بسبب اللحمة والتفاعل المستمر بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تؤثر على وجود الفرد وميكانزماته التكيفية (Jean-marc triffaux, 1996).

8-9- النموذج التفاعلي للضغط لــ فرانش وروجرز وكــوب French (1974) ,Rogers Cobb :

تطور هذا النموذج من خلال الملاحظات العيادية التي تشير إلى أن نفس المثير أو المصدر الضاغط أو الحدث الحياتي يؤدي إلى استجابة نفسية مختلفــة عند مجموعة من الناس عند مواجهة نفس الوضعية. وقــد خلصــت أعمــال فرانش وروجرز وكوب (French ,Rogers , Cobb (1974 إلى بنــاء نمــوذج فردي -بيئي، وهذا النموذج لا يؤكد على مصادر الضغط بقدر ما يؤكد علــى العلاقة التي يبنيها الفرد مع بيئته وبالتالي فإن الضغط يظهر أمــام الوضــعيات التالية :

-الظروف والشروط البيئية (المهنية) التي تتجاوز قدرات الفرد .

- قدرات الفرد للاستجابة تتجاوز ما هو مطلوب في البيئة. (Jean-marc triffaux, 1996).

8-10- نموذج العجز المكتسب : Learned Helplessness :

استخدم سليغمان seligman مفهوم العجز المتعلم أو المكتسب من خــلال تجاربه في السبعينات، ويشير هذا المفهوم إلى أن تكرار تعرض الفرد للضغوط إذا تزامن مع اعتقاده بأنه لا يســتطيع الــتحكم فــي المواقــف الضــاغطة أو مواجهتها، فإن هذا من شأنه أن يجعل الفرد يشعر بــالعجز وعــدم القيمــة أو الاستحقاق، وأن هذا الشعور بالعجز يجعله يبالغ في تقييمه للأحداث والمواقــف التي يمر بها ويشعر بالتهديد منها. وفي نفس الوقت يشعر بعدم قدرتــه علــى مواجهتها مما يجعله يتوقع الفشل بشكل مستمر، ويدرك أن ما يتعرض له مــن فشل وعدم قدرة على المواجهة في الماضي والحاضر سوف يستمر معــه فــي المستقبل ومن ثم يشعر باليأس ويترتب على ذلك الشــعور بالســلبية والــبلادة وانخفاض تقدير الذات ونقص الدافعية والاكتئاب .

وتتحدد أسباب العجز المتعلم في نوعين من العوامل : عوامل بيئية ضاغطة سواء في الحياة الأسرية أو المهنية أو الاجتماعية للفرد، وعوامل ذاتية تتعلق بالشخص ذاته وبخصائص شخصيته، والتي على أساسها يتحدد نوع الاستجابة التي تصدر عنه إزاء الأحداث الضاغطة، ومن أمثلة ذلك مفهوم الفرد عن ذاته ومركز التحكم والمرونة والانطوائية (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

ويؤكد نموذج العجز المتعلم على الطريقة التي يدرك ويفسر بها الأفراد الأحداث الضاغطة والمؤلمة في حياتهم، وأن استجابة الأفراد إزاء الأحداث الضاغطة تعتمد على تفسيرهم لأسباب ومعنى ومغزى هذه الأحداث، فالأفراد الذين يفسرون الأحداث بطريقة سلبية غالبا ما يتعرضون للاكتئاب، والأفراد عند تقييمهم للأحداث والمواقف التي يتعرضون لها قد يعزون ذلك إلى أسباب داخلية أو إلى أسباب خارجية، أو قد يعزون ذلك إلى أسباب ثابتة أو أسباب غير ثابتة (ماجدة عبيد، 2008)

وانتبه سليغمان (1975) Seligman حين قام بتجاربه على الحيوانات إلى أثر الضغوط على الإنسان من الناحية النفسية والجسمية إذ أشار إلى أن الحيوان إذا كان بلا حيلة حينما يمر بخبرة مؤلمة كالصدمة الكهربائية مثلا، و لا يستطيع السيطرة ولا التنبؤ ،فإنه ينهار جسميا . وهذا المبدأ ينطبق أيضا على الإنسان ،حيث وجد سليغمان (1975) Seligman أن الأفراد الذين كانوا يعيشون في مخيمات أثناء الحرب العالمية الثانية قد تعرضوا للانهيار الجسمي والنفسي (حسن عبد المعطي، 2006)

يمكن أن نذكر في هذا النموذج أن سليغمان قد أضاف دور بعض العمليات المعرفية في التعامل مع الضغوط، خاصة تلك المتعلقة بالعزو.

8-11- نموذج كوكس Cox :

يعبر هذا الاتجاه على أن الضغط جزء من التفاعل بين الفـرد وبيئتـه، بمعنى أنه يتعامل مع الضغط على أنه متغير وسيط ويحدد هذا النموذج أربـع مراحل هامة لنشأة الضغوط وهي :

1 – مرحلة تعرض الفرد لمطلب قد يكون داخليا، مثل حاجات الفرد النفسية أو الفزيولوجية أو خارجي يصدر عن بيئة الفرد.

2 – مرحلة نشوء الضغط وهي نتيجة عـدم التـوازن بـين المطالـب وإدراك الشخص لمقدرته على مواجهة هذه المطالب، وعدم التوازن يكون بين المطلـب والقدرة المدركة وليس القدرة الفعلية، كما يعد التقييم المعرفي للموقف الضاغط سببا هاما في نشأة الضغط وقدرة الفرد على مواجهته.

3 – مرحلة الاستجابة و هي مرحلة لجوء الفرد لإحدى أساليب التعامـل مـع الضغط المتاحة له.

4 – مرحلة العواقب الناجمة عن استجابة الفرد، حيـث أن الضـغط يمكـن أن يحدث عندما يفشل الفرد في مواجهة المطالب أو عند توقـع العواقـب السـيئة الناجمة عن الفشل في مواجهتها (وليد خليفة، مراد سعد، 2008).

8-12- نموذج الضغوط والمنحى السلوكي :

يؤكد أنصار المدرسة السلوكية التقليدية على عملية التعلم ويتخذون منـه محورا أساسيا في تفسير السلوك الإنساني كما يركزون على دور البيئـة فـي تشكيل شخصية الفرد، وفي الستينات من القرن الماضي ظهر اتجاه جديد داخل تيار المدرسة السلوكية يعرف بتعديل السلوك، ومن رواده بانـدورا وسـكينر Bandura ,Skinner.

والضغط كما يرى سكينر يعد أحد المكونات الطبيعية في حياة الفرد اليومية وأنه ينتج عن تفاعل الفرد مع البيئة، ومن ثم لا يستطيع الفرد تجنبه والإحجام عنه .وأن بعض الناس يواجهون الضغوط بفاعلية، وحينما تفوق شدة الضغوط قدرتهم على المواجهة فإنهم يشعرون بتأثيرات تلك الضغوط البيئية عليهم (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

8-13- الاتجاه الفنمونولوجي :

يؤكد أصحاب هذا الاتجاه على دراسة الخبرة الذاتية للفرد، وكما يدركها هو، وليس كما هي عليه في الواقع، إذ أن هناك اختلاف بين الأحداث والمواقف كما هي عليه في الواقع وكما يدركها الفرد، ومن أبرز رواد هذا الاتجاه ماسلو وروجرز Maslow , Rogers.

وقد وضع ماسلو الدوافع على شكل سلسلة أو هرم متدرج يبدأ بالحاجات الفزيولوجية مثل الجوع، العطش ...ثم يأخذ في الارتقاء نحو حاجات نفسية أعلى كالحاجة إلى الانتماء والحب والتقدير الايجابي وتحقيق الذات، ولا يمكن للفرد إشباع الحاجات العليا التي في قمة الهرم دون إشباع الحاجات الفزيولوجية الأولية في قاعدة الهرم، والفرد لا يشبع هذه الحاجات العليا إلا بعد أن يتحرر من سيطرة وإشباع الحاجات الدنيا، خاصة الحاجات الفزيولوجية، وهذا ما يؤدي إلى الشعور بالضغط لدى الفرد فتنتج الضغوط عندما يفشل الفرد في إشباع الحاجات الأولية وكذلك الحاجات النفسية .

أما كارل روجرز فيركز على مفهوم الذات فالفرد يستجيب للمواقف في البيئة كما يدركها هو، أي بما لديه من معارف وخبرات داخلية، وليس كما هو الواقع، فمفهوم الذات لدى الفرد يقصد به فكرة الشخص عن نفسه ويتكون نتيجة احتكاك الفرد وتفاعله مع البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، ويمثل عاملا هاما

في إدراك المواقف التي يتعرض لها في حياته، وهذا يمثل أحد الأسباب التـــي تسهم في إحساس الفرد بالضغط النفسي، إذ أن الطريقة التي يدرك بهـــا الفـــرد ذاته هي التي تحدد التفسير والإدراك لمعنى الأحداث والمواقف التي يتعـــرض لها في حياته .

ولذلك فإن استجابة المواجهة تجاه المواقف في البيئة تتأثر بمفهوم الـــذات .كما أن مفهوم الذات عامل مهم في تحديد سلوك المواجهة (ماجدة عبيد، 2008) .

➢ خلاصة للنماذج المفسرة للضغط :

يشير رايس (1998) Rice (نقلا عن بشرى إسماعيل، 2004) أنه فـــي السنوات الحالية استخدمت ثلاثة مفاهيم حول الضغط هـــي : الضـــغط كقـــوة فيزيقية، والضغط كتوتر انفعالي غير موضوعي، والضغط كاستثارة جســـمية، وكل منها يمثل وجهة نظر جزئية عن الضغط، ولكنها يمكن أن تتحد وتتكامـــل في تعريف رابع يمثل الاتجاه المعرفي في تعريف الضغط وفيمـــا يلـــي هـــذه الاتجاهات الأربع :

1- **الضغط كعبء أو مشقة خارجية Stress As External Pressure :**

يسمى أيضا اتجاه القوة الفيزيقية The Physical Force Approach، وهذا الاتجاه يعرّف الضغط كحدث لا يمكننا التنبؤ به أو التحكم فيه، ويمكن إرجاعه إلى قوة خارجية قاسية وعنيفة، ويفترض هذا الاتجاه أن جميع الأفراد بإمكانهم أن يفعلوا شيئا ما كمحاولة لمقاومة الضغوط، وعلى هذا فإن الضغط الخـــارجي هو شيء ما يضع عبئا شديدا على الفرد.وكل فرد يمكنه مقاومة هذا الضغط من أجل البقاء والاستمرارية .

2- الضغط كتوتر داخلي Stress As Internal Tension:

وهو ما يسمى بالاتجاه النفسي the Psychological Approach، ويشير هذا الاتجاه إلى أن الضغط حالة داخلية من الصراع النفسي والتوتر وربما حتى التذكر الذي يتضمن إدراك تهديد أو ضرر .والضغط وفقا لهذا الاتجاه هو صراع داخلي يستمر بداخلنا عندما نحاول مواجهة شيء ضاغط بشدة . ويرى هذا الاتجاه أننا قد نستخدم الميكانزمات النفسية مثل الإنكار أو التبرير والتي تعتبر بصفة عامة دفاعات سلبية ضد الضغط، كما قد نقاوم الضغط بالطرق الايجابية أيضا، مثل استحداث الحلول الابتكارية لحل المشكلات الصعبة، وعلى أي حال فالمقاومة النفسية تستهلك وقتا وطاقة، وإذا استمرت لفترة طويلة فإن الضغط يستنزف طاقة الفرد ودافعيته .

3- الضغط كاستثارة جسمية Stress As Body Arousal

ويمثل هذا الاتجاه التفسير الفزيولوجي The Physiological Approach، وهذا الاتجاه افترضه أساسا سيليه Selye(1956) الذي يرى أن الضغط استجابة عامة غير محددة يقوم بها الجسم لأي متطلب يقع على عاتقه وقد استخدم سيليه مصطلح المحنة distress ليشير به للضغط غير السار أو غير المرغوب، والضغط المرغوب euostress يشير إلى الضغوط الحسنة الايجابية ،وفي نموذجه يتوقف الضغط على بعض المتطلبات أو الحاجات الملحة، لكنه لم يفرق بين ما إذا كانت الحاجة الملحة سيئة أم حسنة .فالضغط لم يعرف بلغة الحاجة الملحة في حد ذاتها، بل بمواجهتها، حيث يستجيب الجسم بمستويات مرتفعة من الإثارة ويستهلك طاقة أكبر .

4- الاتجاه المعرفي Cognitive approach :

لاشك أن الاتجاهات الثلاثة السابقة في تعريف الضغط يؤكد كل منها على جانب واحد فقط، وبالتالي فكل منها ضروري لتفسير الضغط وأحدها ليس كافيا لرؤية جوانب الضغط، لذلك توصل ريتشارد لازاروس Lazarus لتعريف

كامل للضغط ونموذجه الذي يعتبر النموذج الأهم للضغط في الوقت الحالي. ونموذج الضغط الذي صاغه لازاروس وزملاؤه نموذج معرفي، وقد تمت صياغته أول مرة عام (1970) ولكنه استمر ليكون أكثر النظريات أهمية. وفي هذا النموذج المعرفي يعرف الضغط بأنه ليس مثير بيئي خاص بالفرد ولا استجابة، ولكنه علاقة بين مثير "حاجة ملحة " واستجابة تتمثل في " القدرة على المواجهة دون عواقب هدامة "

وهكذا يوجد الضغط عندما تفوق المتطلبات البيئية قدرة الفرد على المواجهة، فإن واجه الفرد مثل هذه المتطلبات بكل كفاءة، لا تحدث ضغوط وعلى العكس، إذا كانت مهارات مواجهة الفرد ضعيفة وغير فعالة فقد يحدث الضغط.

واعتقد لازاروس أن التفاعل بين الفرد والبيئة يعتمد على ثلاث مراحل للتقييم : التقييم الأولي، والتقييم الثانوي، وإعادة التقييم.

ففي التقييم الأولي يرى الفرد أن مواجهته للموقف الضاغط يضمن بعض المخاطر الشخصية حيث يتساوى التقييم الأولي مع تساؤلنا " أنحن في مشكلة" والنتيجة أن الحدث قد يفسر بأنه مصدر للضغط والتهديد. أما التقييم الثانوي فإنه يجيب على التساؤل " ماذا يمكن أن نفعله من أجل هذه المشكلة" وفي هذه النقطة يقارن الفرد بين مهاراته التكيفية وبين المتطلبات الخارجية فإذا كانت المهارات مناسبة للمتطلبات يحدث قليل من الضغط أو قد لا يحدث على الإطلاق، أما إذا كانت المهارات أقل، فمن المحتمل أن ينتج الضغط.وفي النهاية في عملية إعادة التقييم يستخدم الفرد التغذية الراجعة لمدركاته الجديدة أو لنتائج جهود مواجهته السابقة لاختبار دقة كل من التقييم الأولي والثانوي.

واتجاه لازاروس في تعريف الضغط له عدة مميزات أولها أن أي حدث قد يفسر كموقف ضاغط من فرد وليس من جميع الأفراد، وثانيها أن نفس الفرد

قد يفسر أحداثا متشابهة كمواقف ضاغطة في وقت ما ولكنه لا يفسرها فـــي أي وقت آخر (بشرى إسماعيل، 2004).

خلاصة :

يبدو أن الضغط النفسي أصبح مجالا يسيطر على أغلب ميادين الدراسات الحديثة، بل أصبح يشكل حجر الزاوية في مجالات الصحة النفسية ناهيك عــن الاهتمامات المنصبة في مجال العمل والتنظيم، وهذا لما للضغط النفسي من أثار هامة وخطيرة، جعلت الباحثين يحاولون التعرف عليها وعلى مصادر الضغط، وهذا للكشف عن الأساليب المستعملة في تسوية الضــغوط والتعامــل معهــا، انطلاقا من أن الضغط يصاحب الإنسان طوال حياته، لكن أسلوب التعامل هــو الذي يحدد درجة الخطورة أو الاستهداف للأمراض النفسية أو البدنية على حــد سواء.

استراتيجيات التعامل

II – استراتيجيات التعامل :

تمهيد :

يواجه الفرد في حياته الكثير من الظروف والمواقف الضاغطة ومن ثم يحاول التعامل معها من خلال إتباع أساليب عديدة للوصول إلى مرحلة التوازن والتوافق، إلا أن البعض قد يفشل في مواجهة هذه الضغوط والتعامل معها، وهذا يعود أساسا إلى الاختلاف القائم بين الأفراد واختلاف المواقف والأحداث الضاغطة بالإضافة إلى تنوع أساليب ومهارات التعامل مع هذه الضغوط.

ومن ثم يمكن القول أنه يوجد العديد من الأساليب التي يواجه بها الأفراد المواقف الضاغطة وهذا تبعا لاختلاف خصائصهم الشخصية.

وتشير كلمة إستراتيجية إلى نمط من السلوكيات والأفعال والتصرفات التي تستخدم لتحقيق أهداف معينة، بمعنى أنها عبارة عن مجموعة من الأفعال والإجراءات التي يستخدمها الفرد للتعامل مع المواقف الضاغطة.

واستراتيجيات التعامل مع الضغوط تكون هامة جدا في الأوقات التي يتعرض فيها الفرد لأحداث الحياة السلبية والضاغطة، وذلك لأنها تقلل من التأثيرات السلبية الناجمة عن الضغوط، وعلى هذا تهدف إدارة الضغوط إلى خفض الأحداث الضاغطة أو تغيير التقييم المعرفي الذي يصدر عن الفرد حيالها.

ويظهر أن الباحثين قد انغمسوا في البداية بدراسة المواقف الضاغطة والتركيز على الأحداث التي يمكن أن تهدد حياة الإنسان، وهذا ما أدى إلى الاهتمام بدراسة متغيرات الموقف على حساب المتغيرات الشخصية للفرد، ولكن في الثمانينات بدأ الباحثون يهتمون بالمتغيرات الشخصية للفرد لما لها من دور في التعامل مع الضغوط، فاهتموا بالتقييم المعرفي للفرد لمختلف المواقف المنطوية على الضغط ومصادر التغلب عليه، وأصبح كل من العوامل البيئية

والنفسية مركز اهتمام الباحثين في دراسة أساليب التعامل مع الضغوط والتغلب عليها (وليد خليفة، مراد سعد، 2008).

1 – أهمية دراسة استراتيجيات التعامل :

يؤكد حسن عبد المعطي (1994) أن هناك تزايدا كبيـــرا فـــي الســـنوات الأخيرة للتركيز على العوامل التي تتوسط العلاقة بين ضغوط أحـــداث الحيـــاة والمرض، ويشير إلى أنه قد وجد أن كثيرا من الأفراد لا يمرون بأي أزمـــات جسمية أو نفسية مع تعرضهم لأحداث ضاغطة، ومن هنا عمـــدت الدراســـات الحديثة إلى تشخيص مصادر المقاومة التي يستطيع الناس عن طريقهـــا البقـــاء أصحاء رغم الظروف المضادة .

وكان من بين المتغيرات التي لقيت اهتماما من البـــاحثين طريقـــة إدراك الفرد للأحداث التي يمر بها وتقييمه لها والأساليب التي يتبعهـــا فـــي مواجهـــة الأحداث الضاغطة.

إن إدراك الفرد للضغط يعد من أهم الاستجابات الأولـــى لـــدى الفـــرد، واعتبر رد الفعل لذلك الضغط هو إدراك الفرد للتهديد المحتمل فـــي المواقـــف الضاغطة، وهو اعتقاد الفرد بقدرته في مواجهة أو تجنب التهديـــد فـــي ذلـــك الموقف وهو الجانب الأهم .

لقد زاد الاهتمام منذ عدة سنوات بالوسائل والطرق التي يلجأ إليها الفـــرد لدرء الخطر الذي يواجهه يوميا في حياته وسمى علماء النفس هـــذا بأســـاليب التعامل Coping وعندما يستخدمها الناس إنما يستجيبون بطريقة من شـــأنها أن تساعدهم على تجنب ذلك الموقف الضاغط أو الهرب منه أو حتى التقليل مـــن شدته بغية الوصول إلى معالجة تُحدث التوازن .ولم ينصب الاهتمام على دراسة نوع واحد بعينه من الضغوط ،بل تمت دراسة أساليب التعامل مـــع الضـــغوط

بأنواعها المختلفة وحسب نوعية الضغوط أو شدتها، فأسلوب التعامل مع النكبات التي تمر بالإنسان يختلف عن أسلوب التعامل مع الضغط الداخلي (عن سعد الامارة-أ- 2001)

وفي الحقيقة يعود الفضل في دخول مفهوم Coping إلى اللغة العلمية إلى لازاروس الذي قام بإدراجه عام 1966 في أبحاثه (Ghiglione et al, 1994) وهذا وفقا لافتراض فخنر – مبدأ الثبات – الذي يشير إلى أن كل زيادة في التوتر النفسي يستشعرها الكائن كدرا، وكل نقص في التوتر يستشعره لذة، وبالتالي فالفرد مدفوع إلى تقليل التوتر أي مواجهة مصدر التوتر والمشقة.

فقد يكون من المجدي تجنب كل التوترات أو كل المواقف الضاغطة، لكن هذا مستحيل تماما، فكل فرد يواجه الضغوط في العمل، أو المشاحنات والمضايقات اليومية أو وفاة أحد أفراد الأسرة وغيرها من المصادر. ويمكن القول أنه حسب المراحل التي وضعها سيليه من زملة التكيف العام فإن المرحلة الثانية الخاصة بالمقاومة يتم فيها استخدام العديد من استراتيجيات المواجهة. فالتعرض للمواقف الشديدة أو الضغوط المزمنة يسبب الاضطراب الانفعالي واعتلال الصحة الجسمية، ومن ثم فمن الضروري استعمال الاستراتيجيات الفعالة لمواجهة الضغوط (بشرى اسماعيل، 2004).

2 – تعاريف استراتيجيات التعامل :

بدأ الاهتمام بدراسة موضوع استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية منذ الستينات، وتعد دراسة مورفي (1962)Murphy من أوائل الدراسات التي استخدمت مصطلح التعامل مع الضغوط، وذلك للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها، ومن الذين أسهموا في دراسة استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية كارل منينجر

Carl Meninger الذي قام بدراسة السلوكات التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الأحداث الضاغطة، فقد وصف استراتيجيات التعامل بأنها " حيل ووسائل تنظيم طبيعية سوية للضغوط " (رجاء مريم ،2007).

ظهر المفهوم الأنجلو ساكسوني Coping على يد لازاروس بعد أن فشل نموذج سيليه الذي ركز على الاستجابات البيولوجية التي تنتج عن محاولة الشخص في التكيف مع المتطلبات البيئية (Paul –Etienne chipp et Klaus Scherer, 1992). وهذا المفهوم يشير أساسا إلى أساليب التعامل التي يقصد بها الطريقة أو الوسيلة التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الضغوط الواقعة عليهم، ويعرفها سبيلبرجر بأنها عملية وظيفتها خفض أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له .كما يعرف استراتيجيات المواجهة كوهين ولازاروس (نقلا عن سعد الامارة –ب– 2001) أنها أي جهد يبذله الإنسان للسيطرة على الضغط.

وانتهى لازاروس ولونيي (1978) Lazarus ,Launier بتحديد مفهوم استراتيجيات التعامل كمؤشر لمجموعة من السياقات التي يلجأ إليها الفرد في تعامله مع الأحداث التي يدركها على أنها مهددة وهذا بهدف التحكم، التحمل أو تخفيف أثرها على توازنه النفسي والجسدي. (Paulhan ,Nuissier ,Quintard ,Cousson ,Bourgeois 1994).

يرى عبد الباسط لطفي (1994) أن أساليب المواجهة هي عمليات تحمل الضغوط ويؤكد أنها مجموعة من النشاطات أو الاستراتيجيات السلوكية أو المعرفية التي يسعى الفرد من خلالها لتطويع الموقف الضاغط وحل المشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليه .بينما يعرف سعد الامارة–ب– (2001) استراتيجيات التعامل على أنها استراتيجيات تهدف أساسا إلى إحداث التوازن

ومحاولة التخفيف من شدة الضغوط وهي استجابات يلجأ إليها الفرد سعيا للراحة والاتزان.

كما يمكن تعريف أساليب المواجهة حسب جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (1989) على أنها سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير التي تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار، أو في تعديل استجابات الفرد لمثل هذه المواقف. (حسن عبد المعطي، هشام عبد الله، 2002).

يعرف ماثيني وآخرون (1966) Matheny et al استراتيجيات التعامل على أنها جهد صحي أو غير صحي، شعوري أو لاشعوري لمنع أو تقليل أو إضعاف الضغوط أو للمساعدة على تحمل تأثيراتها وبأقل طريقة مؤلمة. ويضيف عام (1986) أن استراتيجيات التعامل يمكن أن تكون جهود صحية أو غير صحية، شعورية أو لاشعورية لمنع أو تقليل أو إضعاف الضغوط أو للمساعدة على تحمل تأثيراتها وبأقل طريقة مؤلمة. كما يمكن النظر لأساليب المواجهة على أنها سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير التي تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار أو في تعديل استجابات الفرد لمثل هذا الموقف (حسن عبد المعطي، 2006).كما يؤكد ماثني وآخرون (1986) Matheny et al بأن استراتيجيات التعامل تعبر عن الجهود السلوكية والمعرفية التي يقوم بها الفرد لخفض أو تحمل مطالب الضغوط، ويؤكد أن فاعلية جهود المواجهة التي يقوم بها الفرد تتوقف على سلوك المواجهة Coping Behavior ومصادر المواجهة Coping Resources، فسلوك المواجهة هو عبارة عن أفعال أو محاولات سلوكية ومعرفية يقوم بها الفرد في التعامل مع الضواغط، أي الاستجابات التي تصدر عن الفرد للتوافق مع الضواغط، في حين أن مصادر المواجهة عبارة عن الخصائص الفردية والاجتماعية والبيئية المتاحة للفرد والتي تتيح له الاستجابة للموقف الضاغط وتقلل من احتمالية أن يتم تقييم

الموقف كضاغط أو التي تسعى إلى تعظيم سلوك المواجهة الفعلية، ويتضمن سلوك المواجهة إعادة البناء المعرفي وخفض التوتر واستخدام المهارات الاجتماعية والتنفيس Catharsis والبحث عن المعلومات ومراقبة الضغوط Stress Monitoring والاستجابات التوكيدية Assertiveness والتجنب والانسحاب والقمع والإنكار، أما مصادر المواجهة فهي تتضمن المساندة الاجتماعية والقيم والاعتقادات والثقة بالنفس ومركز الضبط وتقدير الذات وغيرها (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

يضيف ستيبتو (1991) Steptoe أن استراتيجيات التعامل هي مجموع الاستجابات التي يقوم بها الفرد بهدف التعامل مع الوضعيات الضاغطة، وقد تكون هذه الاستجابات من طبيعة معرفية أو انفعالية أو سلوكية.

أما كمال دسوقي (1988) فيعرف سلوك المواجهة Coping Behavior بأنه الفعل الذي يمكّن المرء من أن يتوافق مع الظروف البيئية وهو السلوك الفاعل أو الإجرائي، فهو فعل فيه يتفاعل الفرد مع البيئة لغرض تحصيل شيء ما.

من جهته يعرف جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفافي (1989) مفهوم المواجهة أنه أسلوب لمواجهة المشكلات الشخصية والتغلب على المصاعب، وأن سلوك المواجهة هو سلوك التصدي أو الكفاح الناجح، أي أنه تكيف شعوري أو لاشعوري يخفض التوتر في المواقف والخبرات الضاغطة. أما إستراتيجية المواجهة Coping Strategy فهي سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير التي تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار أو في تعديل استجابات الفرد لمثل هذا الموقف .واللفظ عادة يتضمن الأسلوب المباشر الشعوري لمعالجة المشكلات في مقابل استخدام الحيل الدفاعية. (حسن عبد المعطي، 2006)

وفي نفس السياق يذهب فونتانا (نقلا عن حسن عبد المعطي، 2006) إلى أن أساليب المواجهة هي أساليب يمارسها الفرد للتعامل مع الأحداث التي يعايشها، فهي التدريب الذاتي كي تتطابق التقييمات المدركة للحدث مع الاستجابة للموقف لتكون هذه الاستجابة أكثر ايجابية في مواجهة الموقف الضاغط، وعندما تكون التقييمات المدركة صحيحة فسوف تقود تفكير الفرد ومعتقداته لتكون أكثر فاعلية وأقرب للواقعية في مواجهة الموقف الضاغط الذي يعايشه.

ويعرف برر وآخرون (1993) Burr et al استراتيجيات التعامل بأنها عبارة عن الإجراءات والسلوكيات التي يستخدمها الفرد للتكيف مع الضغوط، فالمواجهة هي شيء ما يفعله الشخص عندما يواجه موقفا ضاغطا.

في نفس السياق يذهب فيلمنج وآخرون (1984) Felmmaing et al في تعريفه لاستراتيجيات التعامل بأنها جزء مركزي في عملية الضغوط، وهي تبين كيف يدرك الأفراد ويستجيبون للضواغط، وعلى هذا فهي تتضمن جميع الاستجابات التي يقوم بها الفرد تجاه الخطر وأي شكل من التهديد، فهي توجه إلى خفض الضغوط كليا، وتتضمن أي محاولة للتقليل أو لتجنب التعامل مع الآثار الناجمة عن الضواغط. من جهتهما يؤكد موس وشيفر Moos ,Schaefer أن استراتجيات التعامل هي أساليب شعورية يستخدمها الفرد في التعامل مع الضغوط، وأن طريقة استخدام أساليب التعامل إما أن تكون إقدامية أو إحجامية، وأن لهذه الأساليب الاقدامية والاحجامية جانبين أحدهما معرفي والآخر سلوكي، ومن ثم يكون أسلوب الفرد وطريقته في مواجهة المواقف الضاغطة إقداميا معرفيا، أو إقداميا سلوكيا، أو يكون احجاميا معرفيا أو احجاميا سلوكيا (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

ويرى كوكس (1985) Cox أن استراتيجيات التعامل هي صـــورة مـــن سلوك حل المشكلة، وأن الضغط يكون نتيجة للفشل فـــي حـــل المشـــكلة، وأن المواجهة تتضمن مجموعة من الاســـتراتيجيات المعرفيـــة والســـلوكية التـــي يستخدمها الفرد في التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها ومـــع الخبرات الانفعالية الناتجة عنها .

ويرى إندلر وباركر (1990) أن المواجهة هـــي عامـــل مصـــد Buffer Factor يتوسط العلاقة بين الضواغط ونتيجة الضغط، أو بين مقدمات الأحداث الضاغطة والنتائج السلبية الناجمة عنها.

ويعرف ثوتس (1995) Thoits مهارات المواجهة Coping Skills بأنها مجموعة من المعلومات والسلوكيات الوجدانية والمعرفية والاجتماعية المكتسبة والتي يستخدمها الأفراد عند التعرض للضغوط، وهذه المهارات يمكن أن تكون فعالة أو غير فعالة، وهي تتضمن قدرة الفرد على إدراك الحدث وتقييمه وإعادة تقييم الفرد لما لديه من إمكانات وقدرات للتوافق مع الحدث .

يؤكد ايفرلي (1989) Everly أنه يمكن الحديث عن إستراتيجية المواجهة للضغوط من ناحيتين مختلفتين وهي الناحية المعرفية وتعني التفكير في أساليب معرفية لإضعاف وتقليل معدل استجابة الضغط والثانية الناحيـــة الفســـيولوجية وتعني محاولة إعادة الاتزان لدى الكـــائن الحـــي. أمـــا فريـــدنبرج ولـــويس (1993)Frydenberg , Lewis فيعرفان المواجهـــة بأنهـــا مجموعـــة الأفعـــال المعرفية والوجدانية التي يقوم بها الفرد في الاستجابة للمواقف الضاغطة وذلك بهدف استعادة الاتزان للفرد أو محو الاضطراب والتوتر لديه، بمعنـــى محـــو المثير أو الموقف الضاغط أو التكيف معه (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبـــد العظيم حسين، 2006).

اهتدى لازاروس وفولكمـــان (1984) Lazarus, Folkman مـــن خـــلال الدراسات التي قاما بها إلى أن المواجهة هي كل الجهود الســلوكية والمعرفيــة المتغيرة باستمرار والتي يتخذها الفرد في إدارة مطالب الموقــف، والتـــي تـــم تقديرها من جانب الفرد على أنها مرهقة وشاقة وتتجاوز مصادره وإمكاناتـــه، حيث أشار لازاروس وفولكمان إلى أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفــرد أن المصادر الداخلية والخارجية لديه تكون غير كافية للتوافق أو للتعامــل مــع المطالب البيئية، ولذلك يشعر بالتهديد، وعلى ذلك تنتج الضغوط بعد أن يقــوم الفرد بنوعين من عمليات التقييم المعرفي وهي عملية التقييم الأولي وتحــدث عندما يقيم الفرد الموقف على أنه ضاغط ومهدد له، في حين أن التقييم الثانوي يحدد ما إذا كانت مصادر المواجهة المتاحة لدى الفرد سوف تخفف الموقف الضاغط أو لا .وكذلك تعمل على خفض الانفعالات السلبية التي يحدثها الموقف الضاغط أو لا، وعلى هذا فالمواجهة طبقا للنموذج التفاعلي عن الضغوط عنــد لازاروس وفولكمان Lazarus , Folkman هي عملية وليست سمة، وهي أيضـــا عملية أكثر من كونها نتيجة (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

كما يشير فولكمان ولازاروس Lazarus , Folkman إلى أنـــه لا توجــد استراتيجيات مواجهة سيئة فالشخص يحاول مواجهة المواقف الضاغطة ولكـــن إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها ربما تكون غير فعالة وناجحة، ولكن عـــدم القدرة على مواجهة الضغوط المستمرة يؤدي إلى تثبيط الهمم لدى الفرد ونقص الدافعية، وطبقا لهذا فإن عملية التقييم المعرفي والمواجهة تلعب دورا حاسما في تحديد نتيجة المواجهة والتعامل مع المواقف الضاغطة في البيئة. وهذا يعني أن العلاقة بين الشخص والبيئة تتوسطها عملية التقييم المعرفـــي والمواجهـــة وأن عملية المواجهة تتأثر بمتغيرات الشخصية مثل القيم والأهداف واعتقادات الفرد

عن ذاته وعن العالم من حوله وإدراك الفرد لمصادر الشخصية عنـد مواجهـة الضغوط مثل المصادر المادية والصحية والمصادر الاجتماعيـة مثـل شـبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، وأن الفروق الفردية بين الأفراد في هذه المتغيـرات هي التي تفسر السبب في أن شخص ما قد يقيّم الموقف على أنه يمثل تهديدا له بينما يقيّم الشخص الأخر نفس الموقف على أنه يمثل تحديا له (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

وينطوي تعريف لازاروس وفولكمان للمواجهة على عدة خصائص تتمثل فيما يلي :

- أن المواجهة عملية وليست سمة، بمعنى أن العلاقة بين الشـخص والبيئة علاقة متبادلة وديناميه، فكل منهما يؤثر ويتـأثر بـالآخر، وكل منهما يسهم بدور فعال في تحديد سلوك المواجهة لدى الفـرد والتي تحدث كما أشار لازاروس نتيجة لتقييم الفرد لمعنى الحـدث الضاغط.
- أن المواجهة تتحدد من خلال نتائجها وليس من خلال الافتراضات القبلية التي تشكلها على أنها توافقية وغير توافقية، وهذا يعنـي أن عملية المواجهة قد تكون فعالة أو غير فعالة بناءا على نتائجها.
- هناك اختلاف بين المواجهة والسلوك التوافقي التلقـائي، فالأفعـال التلقائية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف التي يتعرض لها لا يطلق عليها مواجهة، فعندما يكون الموقف الذي يتعرض له الفرد مألوفا لديه فإن استجابة الفرد تصبح تلقائية تجاهه ولكن إذا كان الموقـف جديدا فإن استجابات الفرد لا تكون تلقائية.
- عملية المواجهة هي نوعية وموقفية وليست عامة.

- المواجهة هي جهود تستخدم في إدارة المطالب البيئية يتضمن أن المواجهة تتكون من أي شيء يستطيع أن يفعله الشخص أو يفكر فيه لإدارة الموقف الضاغط بصرف النظر عن نجاح هذه الجهود التي يقوم بها الفرد، وهذا يعني أن المواجهة لا تكون قاصرة على الجهود الناجحة بل تتضمن كل المحاولات الهادفة التي يقوم بها الفرد لإدارة الضغوط بصرف النظر عن فاعليتها (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

من خلال التعاريف المقدمة سابقا يمكن ملاحظة ما يلي :

-أن الناس لا يستخدمون دوما استراتيجيات ملائمة أو صحية فربما ينكرون الحقائق لدرجة أنهم يشوهون الواقع.

-أن الفرد ربما لا يكون واعيا أو مدركا للطريقة التي يستخدمها كي تصبح هذه الطريقة استراتيجة ثابتة للمواجهة .

-أن استراتيجيات المواجهة لا تزيل الضغوط تماما ولكنها تعمل على منع تفاقمها فهي تستهدف إضعاف أو تخفيف الضواغط وتأثيراتها الجسمية أو الانفعالية حتى لو تضمن ذلك بعض التكاليف (حسن عبد المعطي، 2006).

وحسب ما يشير إليه كوت وآخرون (1993) Côte et al (نقلا عن دوباين Dupain1998) فإن تعريف استراتيجيات التعامل الذي قدمه كل من فولكمان ولازاروس يبقى لحد الساعة أكثر استعمالا في مختلف الدراسات.

ورغم تعدد التعاريف التي تناولت مفهوم استراتيجيات التعامـــل Coping إلا أنها تتفق في مجملها حول معنى مشترك وهو طريقة وأسلوب الفـــرد فـــي التعامل مع الأحداث التي يعايشها.

3 – خصائص استراتيجيات التعامل :

إن التصور العام عن أساليب التعامل Coping مع الضغوط شامل ويحتاج إلى تفصيل، ويرى كثير من الباحثين أن أساليب التعامل هذه تعتبر :

1 – وسيلة تعديل أو محو الموقف الذي يزيد من حدة المشـــكلة التـــي تســـبب الضغط.

2 – وسيلة التحكم الإدراكي واستدعاء الخبرات لتحييد المشكلة.

3 – وسيلة التحكم بالنتائج الانفعالية للمشكلة ضمن حدود الاســـتجابة الناجحـــة للحل.

4 – العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات التعامل مع الضغوط :

تتأثر الطريقة التي من خلالها يقيم الفرد أحداث الحياة بمتغيرات وســـيطة مختلفة، ولكي نفهم العملية التي من خلالها يقوم الأفراد بمحاولات للتعامل مـــع الأحداث والضواغط في بيئتهم فمن الهام أن نفهم المتغيرات الوسيطة التي تؤثر في تحديد سلوكيات المواجهة للضغوط لدى الأفراد. ففي العقود الماضية تعددت وجهات نظر العلماء حول استراتيجيات المواجهة للضغوط، فالبعض يـــرى أن عوامل الشخصية تعد بمثابة مؤشر جيد لاستراتيجيات المواجهة في حين يـــرى آخرون أن العوامل الموقفية هي التي تقوم بدور حاسم فـــي التنبـــؤ باســـتخدام استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في مواجهة المواقـــف الضـــاغطة (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

ويشير ويثنجتون وكسلر (1991) Wethington, Kessler إلى أن الأفراد يختلفون في استخدام استراتيجيات المواجهة في الاستجابة للأحداث الضاغطة وأن هناك عوامل عدة تؤثر في اختيار إستراتيجية المواجهة، وهي تتضمن عوامل تتعلق بخصائص شخصية الفرد مثل نمط الشخصية ومركز الضبط وفعالية الذات والصلابة النفسية، وهناك عوامل أخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف وتسهم إلى حد بعيد في تحديد استراتيجيات المواجهة وتتمثل هذه العوامل الموقفية في طبيعة الحدث الضاغط ونوعه من حيث هو مزمن أو حاد والجدة، بمعنى أن الفرد قد يكون واجه هذا النوع من الضواغط في الماضي أو أنها جديدة، وكذلك قدرة وقابلية الفرد على التنبؤ بحدوث الموقف الضاغط، بمعنى وجود علامات ومحاذير تدل على الحدث الضاغط، فضلا عن المدة التي يستغرقها الحدث الضاغط ودرجة التهديد والضرر والتحدي التي يدركها الفرد في هذا الموقف الضاغط وعدم التأكد المعلوماتي المحيط بالموقف، الذي يشير إلى احتمالات نقص المعلومات أو عدم الوضوح والقدرة على تفسير ما يحدث، وكذلك المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين، فكل ذلك يؤثر بدور كبير في تحديد نوع استجابة المواجهة للموقف الضاغط، وإضافة إلى ذلك فإن المتغيرات الديمغرافية مثل النوع والعمر الزمني والمستوى الاقتصادي والاجتماعي تؤثر هي الأخرى في تحديد نوع إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الفرد إزاء الموقف الضاغط.

ويعني هذا أن أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة، تختلف بين الأفراد وهذا باختلاف خصائص وطبيعة الموقف الضاغط واختلاف المتغيرات الديمغرافية ومتغيرات الشخصية لديهم (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

5- خصائص الشخصية القادرة على التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة :

من الثابت أن مدى تأثير الضغوط في الصحة يتوقف على طبيعة الشخصية وما تتصف به من قدرة على تحمل الإحباط أو المرونة أو مستوى التفاؤل (وليد خليفة، مراد سعد، 2008) وهذا ما جعل العديد من الباحثين يركزون على أهمية بعض الخصائص الشخصية التي يستفاد منها في برامج الرعاية والتكفل النفسي.

وقد توصلت نتائج أبحاث كوباسا (Kobassa(1981 إلى وجود نمط الشخصية الذي يتسم بالقوة والمثابرة وقوة الاحتمال والذي يستطيع تحمل الآثار السلبية التي تحدثها أحداث الحياة الضاغطة ويستطيع مواجهتها بصورة ايجابية ومنطقية، تتسم مع طبيعة تلك الأحداث، بحيث لا تترك أية آثار سلبية على الجوانب الجسمية والنفسية للفرد. فالأشخاص شديد و الاحتمال والمثابرة ميالون إلى حب الاستطلاع في التعامل مع تلك الأحداث ويتوقعون التغير في ظروف تلك الأحداث، وينظرون إليها كأنها جزء من أسلوب الحياة اليومية ولابد من مواجهتها بصورة ايجابية تفاعلية تتسم بالتفاؤل. أما الأشخاص الأقل تحملا لتلك الأحداث الضاغطة فإنهم يجدون أنفسهم سلبيون في مواجهة تلك الأحداث وينظرون إليها بأنها مهددة لكيانهم النفسي والاجتماعي، وعندما تقع عليهم تلك الأحداث الضاغطة تسبب لهم مشاعر التشاؤم والتوتر وتفقدهم القدرة على التقييم الموضوعي والمعرفي لمصادر وطبيعة تلك الأحداث، وتترك تلك الأحداث آثارا سلبية على الصحة النفسية والجسمية .

وتؤكد نتائج أبحاث (Kobassa(1981 على بعض المقومات الأساسية التي تتوافر في الشخصية القادرة على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والقادرة على التفاعل معها بصورة ايجابية وهي تتسم بالخصائص التالية :

1- الالتزام Commitment :

ويشير إلى شعور الفرد بالالتزام في أسلوب حياته اليومية والمشاركة الايجابية مع الآخرين وبالتفاعل البناء في علاقاته مع البيئة المحيطة به.

2- التحدي Challenge :

وتشير إلى رغبة الفرد في اكتساب خبرات جديدة والتعامل مع هذه الخبرات بتصرفات سلوكية ناضجة ويكون قادرا على مواجهة الأحداث الضاغطة بصورة ناضجة وواقعية تتسم بالتحدي والانتصار عليها .

3- التحكم والضبط Control :

ويشير إلى إحساس الفرد بالقدرة على التحكم في كيانه النفسي والاجتماعي في مواجهة تلك الأحداث الضاغطة ومحاولة السيطرة على العوامل المثيرة لتلك الأحداث (علي عبد السلام علي، 2003).

6- أنواع استراتيجيات التعامل مع الضغوط :

تعدد تصانيف أساليب مواجهة الضغط يتفق مع افتراض أن المواجهة تسعى إلى تعديل أو تغيير العلاقة بين الفرد والبيئة لتخفيف الضرر الانفعالي، ويفترض النموذج المعرفي – التفاعلي للضغط نوعين للمواجهة هما :

1 – **المواجهة الموجهة نحو الانفعال :**

وفيها يحاول الفرد التحكم في مشاعره السلبية مثل الغضب والإحباط والخوف ... التي تسببها الأحداث الضاغطة (بشرى إسماعيل، 2004).

كما تهدف هذه النوعية من الاستراتيجيات إلى التحكم في التوتر الانفعالي الذي ينجم عن الموقف الضاغط عن طريق أساليب دفاعية مثل الإنكار ...(رئيفة عوض ،2001)

2 – المواجهة الموجهة نحو المشكلة :

وفيها يحاول الفرد وضع خطط واقعية متماسكة للتفاعل،ويجهد نفسه للتحكم المباشر في المشكلة قدر المستطاع (بشرى إسماعيل،2004).كما ترى رئيفة عوض (2001) أن هذه الاستراتيجيات تجعل الفرد يحاول الحصول على المعلومات الإضافية لحل المشكلة واتخاذ القرار بشكل معرفي أو تغيير الحدث .

ويظهر أن هناك العديد من التصانيف الخاصة باستراتيجيات التعامل مع الضغوط، فقد قسم ميدنيك وزملاؤه (1975) Mednick et al ردود فعل التكيف للضغط إلى ردود الفعل الموجهة نحو المشكلة، وردود الفعل الموجهة نحو الدفاع، والاستجابات العصابية والذهانية، في حين صنفها موريس (1982) Morris إلى المواجهة المباشرة والمواجهة الدفاعية، أما ماثني وزملاؤه (1986) Matheny et al فقد صنفوا المواجهة إلى المواجهة الوقائية preventive coping والمواجهة القتالية compative coping في حين ذهب مارتن وزملاؤه (1992) Martine et al إلى تقسيمها إلى استراتيجيات المواجهة الانفعالية، والاستراتيجيات المواجهة المعرفية .

أما كوهين (1994) Cohen فقد قسمها إلى التفكير العقلاني، والتخيل، والإنكار، وحل المشكلة، والفكاهة، والرجوع إلى الدين، بينما يؤكد زيمباردوا وفيبر (1997) Zimbardo ,Weiber أن تصنيفها ينظر إليه من خلال المواجهة الموجهة نحو المشكلة، والمواجهة الموجهة نحو الانفعال.

تذكر وايت (2000) White في تقسيمها لأساليب التعامل مع الضغوط أسلوبين أساسيين هما :

1– أسلوب المواجهة الانفعالية : الذي يقوم على المبالغة في الانفعالات للتعامل مع الضغوط ولمواجهة التهديد ومنها القلق والتوتر والخوف، كما تعتمد أساليب التعامل الانفعالية على التفكير السلبي حول الذات.

2– أسلوب المواجهة المتمركز حول المهمة : والذي يقوم على المواجهة الايجابية النشطة للضغوط النفسية، كما تعتمد هذه المواجهة على التفكير الايجابي حول المهمة والأفكار المرتبطة بكيفية مواجهتها والتعامل معها (حسن عبد المعطي، 2002).

ورغم هذه التصانيف المختلفة إلا أنها في الحقيقة تعطينا فكرة واضحة عن الضغوط وأساليب مواجهتها، وجميعها يؤكد على أن هناك مواجهة ايجابية بناءة تسعى لحل الموقف، بينما هناك استراتيجيات تسعى للهروب وإنكار الموقف الضاغط .

ويؤكد فولكمان ولازاروس بأن استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل تشير إلى جهد موجه نحو تحديد المشكل وإيجاد الحلول ودراسة نتائج هذه الحلول، وفي النهاية يقوم الفرد باختيار أحد الحلول الذي يراه مناسبا ثم تنفيذه، وبالتالي فهذا النوع من الاستراتيجيات يهدف إلى تغيير الوضعية (Lazarus , Folkman1, 984)

قام العديد من الباحثين ومن بينهم فولكمان ولازاروس (1984) , Lazarus Folkman بمحاولة إعداد استبيان لأنماط استراتيجيات التعامل متبعين في ذلك منهجية تقصي دقيقة من خلال المقابلات بهدف التعرف على مختلف أنواع الاستجابات الفردية حيال الوضعيات الحياتية (مختلف الجوانب الحياتية، المهنية، العائلية ...) وبعد جمع المعطيات لاحظا أن هناك اختلافات واضحة بين الأفراد وحتى عند الفرد نفسه.

وبعد القيام بتحليل عاملي على عينة من الأفراد، تبين أن هناك نمطين من استراتيجيات التعامل، النوع الأول مركز على الانفعال والثاني مركز على

المشكل. وأثبتت الدراسات اللاحقة أن هذين النمطين مستعمل في الكثيــر مــن الوضعيات الضاغطة ونسبة الاستعمال تظهر نسبية، وهذا لارتباطها بتقييم الفرد للحدث (Paulhan ,Nuissier ,Quintard ,Cousson ,Bourgeois ,1994).

بعـــدها حـــدد لازاروس وفولكمـــان (1984) Lazarus, Folkman استراتيجيات التعامل مع الضغوط في نـــوعين وهمـــا اســـتراتيجيات التعامـــل المركزة على المشكلة Problem – Focused Coping واستراتيجيات التعامـــل المركزة علـــى الانفعـــال Emotion – focused coping، والنـــوع الأول مـــن استراتيجيات المواجهة عبارة عن الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة الفعلية بين الشخص والبيئة ولهذا فإن الشخص الذي يستخدم أساليب التعامل التي تركز على المشكلة نجده في المواقف الضاغطة يحاول تغيير أنماط سلوكه الشخصي أو يعدل الموقف ذاته، فهو يحاول تغيير سلوكه الشخصي من خلال البحث عن معلومات أكثر عن الموقف أو المشكلة لكي ينتقل إلى تغيير الموقف، أما أساليب التعامل التي تركز على الانفعال فهي تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات وخفض المشقة والضيق الانفعالي الذي ســـببه الحـــدث أو الموقـــف الضاغط للفرد عوضا عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة، وتتضمن أساليب التعامل التي تركز على الانفعال الابتعاد وتجنب التفكير في الضواغط والإنكار، ويرى لازاروس أن لكل من هاتين الإستراتيجيتين أهدافها الخاصة، فإستراتيجية التعامل التي تركز على المشكلة تهدف إلى البحث عن معلومات أكثـــر حـــول الموقف أو المشكلة أو طلب النصيحة من الآخرين وإدارة المشكلة والقيام بأفعال لخفض الضغط، وذلك عن طريق تغيير الموقف مباشـــرة، أمـــا اســـتراتيجيات التعامل التي تركز على الانفعال فهي تتعلق بالاستجابات الانفعالية وتهدف إلـــى تنظيم الانفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط الذي يواجه الفرد (طـــه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين ، 2006).

يذكر لازاروس وفولكمـــان (1984) Lazarus, Folkman اســـتراتيجيين للتكيف مع الضغوط هما التركيز على المشــكلة والتركيــز علـــى المشـــاعر والانفعالات، فإستراتيجية التركيز على المشكلة تتضمن بذل الفرد للجهد لحـــل المشكلة أو تغيير الموقف الصعب بطريقة فعالة، في حين إستراتيجية التركيـــز على المشاعر والانفعالات لا تغير المشكلة أو الموقف مباشرة ولكن تساعد على إعطاء معنى جديد ينظم المشاعر والانفعالات التي يثيرها الموقـــف الضـــاغط. وتعتبر إستراتيجية التركيز على المشكلة أكثر فعالية لأنها ترمـــي إلـــى إزالـــة مصادر الضغوط بدلا من تحسين التأثير السلبي للضغوط (ماجدة عبيد، 2008).

من حيث الدراسات العربية التي حاولت البحث في نوعية واستراتيجيات التعامل مع الضغوط، يبدو أنها انتهت إلى التصنيف الذي أسفرت عنه دراسات مختلفة نسوق بعضها اختصارا، وعلى رأسها ما انتهت إليـــه أبحـــاث حســـن مصطفى (1994) الذي أكد أن تصنيف أساليب مواجهة الضغوط في المجتمـــع المصري يمكن أن تقسم إلى سبعة أساليب هي : العمل مـــن خـــلال الحـــدث، الالتفات إلى اتجاهات وأنشطة أخرى، التجنـــب والإنكـــار، طلـــب المســـاندة الاجتماعية، الإلحاح والاقتحام القهري، العلاقات الاجتماعية، وتنميـــة الكفايـــة الذاتية .

وتوصلت دراسة لطفي عبد الباسط (1994) إلـــى تقســـيم اســـتراتيجيات التعامل مع الضغوط إلى خمس فئات وهي : العمليات السلوكية الموجهة نحـــو المشكلة، العمليات السلوكية الموجهة نحو الانفعال، العمليات المعرفية الموجهـــة نحو المشكلة، العمليات المعرفية الموجهة نحو الانفعال، والعمليـــات المختلطـــة سلوكية – معرفية (بشرى إسماعيل، 2004).

7 – وظيفة استراتيجيات التعامل :

يؤكـــد فولكمـــان ولازاروس (1984) Lazarus, Folkman علـــى أن استراتيجيات التعامل تهدف إلى وظيفتين أساسيتين :

- **الوظيفة الأولى :** تهدف هذه الاستراتيجيات إلى تعديل الانفعالات الناتجة عن الكآبة أو المحنة التي يجتازها الفرد، وهنا يتم الاعتماد بشكل واضح على الاستراتيجيات المركزة على الانفعال.
- **الوظيفة الثانية :** هذه الاستراتيجيات تعمل على معالجة المشكل المســبب للكآبة أو المحنة التي يجتازها الفرد وذلك بالاعتماد علـــى اســـتراتيجيات التعامل المركزة على المشكل.

هاتين الوظيفتين يظهر أنهما واضحتين من خلال الاطلاع علـــى بنـــود المقياس الذي وضعه فولكمان ولازاروس Lazarus, Folkman وهـــي فـــي مجملها مستعملة خلال التعرض للحوادث الضاغطة.

تعتبر طريقة الاستجابة للضغط عاملا أساسيا في تقســيم النـــاس إلـــى مجموعات متباينة حيث هناك من يتكيف مع الأمر وهناك من لا يـــتمكن مـــن ذلك، وهذا بسبب أن البعض منهم يحاول تسوية الضغط عن طريق التخطيط أو التصدي وبالتالي فهم يحـــاولون حـــل المشـــكل، بينمـــا يفقـــد الـــبعض هـــذه الاستراتيجيات فيتجه صوب الانفعالات بهدف تعديل الموقف الضـــاغط، وهـــذا عن طريق التجنب أو التهرب أو اتخاذ مسافة أو غيرها مـــن الاســـتراتيجيات المدرجة ضمن الاستراتيجيات المركزة علـــى الانفعـــال (Lazarus,Folkman, 1984) .

➢ وظائف استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال :

ضمن هذا النوع من استراتيجيات التعامل يمكـــن أن نســـجل مجموعـــة واسعة يدخل ضمنها اتخاذ مسافة، الضبط الذاتي، التهرب/التجنب، البحث عـــن

السند الاجتماعي ... هذه الاستراتجيات تؤثر بشكل واضح على الانفعال وهـذا من خلال تغيير درجة الاهتمام، فمثلا إستراتيجية التجنب/التهرب تركز على أن مصدر عدم الرضا سوف يزول، ورغم هذا إلا أن هذا النوع من الاستراتيجيات في التعامل مع الضغوط يحقق درجة من التوافق المؤقت إذ تعمل مـن خـلال وضع نشاط معرفي يحرف المعنـى الـذاتي للتجربـة .وهـذا النـوع مـن الاستراتيجيات يسمح بتخفيض المستوى الانفعالي الناتج عن الموقف الضـاغط إلا أنه في الحقيقة لا يحل المشكلة (Dantchev, 1989).

➢ **وظائف استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل :**

فيما يتعلق بهذا النوع من استراتيجيات التعامل فيتم التركيز أساسا علـى تعديل وتغيير عناصر المشكلة بشكل مباشر سواء عـن طريـق التصـدي أو التخطيط وهذان الأسلوبان يسمحان بتوفير وسائل للفرد تمكّنـه مـن تحويـل الموقف الذي يعيشه، الأمر الذي يسمح له بشكل غير مباشر من تغييـر حالتـه الانفعالية (Dantchev, 1989).

8- الفروق بين نوعي استراتيجيات التعامل :

يشير فولكمان ولازاروس (1984) Lazarus, Folkman إلـى أن هنـاك اختلافا بين استراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة واستراتيجيات التعامل التي تركز على الانفعال، وينحصر ذلك في أن استراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة تتضمن جهودا لتعريف وتحديد المشكلة والبحث عـن معلومـات وخلق حلول بديلة للمشكلة وحساب التكاليف والفوائد (المزايا والعيـوب) لهـذه البدائل والاختيار من بين هذه البدائل البديل المناسب وتنفيذه، وقد يكون بعـض من استراتيجيات التعامل التي تتركز حول المشكلة موجها نحو الذات مثل تنمية واكتساب سلوكيات جديدة أو تعديل مستوى الطموح لدى الفرد، أو تعلم مهـارة

جديدة، وبعض آخر من استراتيجيات التعامل التي تتركز حول المشكلة يكـــون موجها نحو البيئة مثل البحث عن معلومات ومحاولة الحصول على المســـاندة من الآخرين، المحيطين بالفرد. أما استراتيجيات التعامل التـــي تركـــز علـــى الانفعال فهي تساعد الفرد على خفـــض الضـــغط الانفعـــالي، وبعـــض هـــذه الاستراتيجيات يتضمن عمليات معرفية مثل التجنب والتقليل من شأن المشـــكلة ولوم الآخرين وبعضها يتضمن استراتيجيات سلوكية مثـــل التأمـــل وتعـــاطي العقاقير، فاستراتيجيات التعامل التي تركز على الانفعالات منها ما هو ايجـــابي مثل التنفيس والدعابة والمرح والمساندة الاجتماعية ومنها ما هو ســـلبي مثـــل تعاطي المخدرات والعقاقير والتدخين وزيادة الأكل وغيرها (طه عبد العظـــيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

ويشير لازاروس وفولكمان إلى أن كل من استراتيجيات التعامـــل التـــي تركز على المشكلة واستراتيجيات التعامل التي تركز على الانفعال تستخدم غالبا في معظم المواقف الضاغطة وأنهما قد يسهل أو يعوق بعضـــهما بعضـــا، وأن استراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة تكون مشابهة لاستراتيجيات حـــل المشكلة، فهي تتضمن البحث عن معلومات أكثر وتحديد العقبات والصـــعوبات وتوليد حلول بديلة للمشكلة، بينما استراتيجيات المواجهـــة التـــي تركـــز علـــى الانفعال في المقابل تهدف إلى إدارة وتنظيم انفعالات الفرد من خلال اســـتخدام عدة استراتيجيات فرعية مثل التجنب والإنكار والتقليل من الشـــأن وإعـــادة التقييم الايجابي (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

9 - الأنواع الفرعية لاستراتيجيات التعامل حسب لازاروس وفولكمان :

من خلال نظريتهما أعد لازاروس وفولكمان Lazarus, Folkman استبيان أساليب المواجهة لقياس هذين النوعين الأساسيين من استراتيجيات التعامل مـــع الضغوط، ولقد توصلا من خلال التحليل العاملي لمفردات الاستبيان إلى ثمانيـــة

استراتيجيات فرعية يستخدمها الفرد في مواجهة الضغوط وهي مواجهة التحدي والابتعاد وضبط الذات والبحث عن المساندة الاجتماعيـــة وتقبـــل المســـؤولية والهروب أو التجنب وحل المشكلة والتقييم الايجابي للموقف (طه عبد العظـــيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006) هذه الاستراتيجيات يمكن أن تفسركما يلي :

1 – إستراتيجية التعامل المركزة على مخططات حل المشكلة :

تشير إلى المجهودات المدروسة المركزة على المشـــكل بهـــدف تغييـــر الوضعية ويصاحبها تناول تحليلي عميق لحل المشـــكلة (Folkman ,Lazarus 1988).

كما يعد هذا النوع من المواجهة المركزة على مخططات حـــل المشـــكلة عملية محاولة يقوم بها الشخص للخروج من مأزق أو موقف ضاغط وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد يستحضر فيها الأشخاص معرفتهم السابقة (الشناوي و عبد الرحمان، 1998).

كما تعتبر هـــذه المهـــارة حســـب لازاروس (1993) Lazarus محاولـــة للسيطرة بشكل مباشر على الموقف الضاغط عن طريق استعمال الفرد مصادره الذاتية في حل المشكلة ومواجهتها مباشرة، واتخاذ الإجراءات التي تخفف مـــن تأثير الأحداث الضاغطة.وتتضمن تحليل المشكلة ووضع خطط أو بدائل حلول تؤدي إلى تغيير الموقف الضاغط بما يتناســـب مـــع صـــحة الفـــرد النفســـية والسلوكية، أي تعديل العلاقة المضطربة بين الفرد والمحـــيط (آيـــت حمـــودة حكيمة، 2006).

ويعد أسلوب حل المشكلات بمثابة عملية معرفية انفعالية سلوكية يـــتمكن الأفراد بمقتضاها من تحديد واكتشاف أو ابتكار أساليب للتعامل مـــع مشـــكلات الحياة اليومية، وتعتبر في الوقت ذاته عملية تعلم اجتماعي أو أسلوب للتنظـــيم

الذاتي، أو إستراتيجية عامة للمواجهة يمكن تطبيقها علـــى عـــدد كبيـــر مـــن المشكلات. ويمكن الحديث عن مجموعة من الخصائص لهذه المهارة تتجلى في :

-يوجه الفرد نحو الهدف وإدراك العلاقات الأساسية في الموقف.
-يحقق التكامل والتنظيم للخبرات الماضية التي تمكّن الفـــرد مـــن تحديـــد المشكلة بشكل جيد تمهيدا للتوصل للحل المرضي.
-يتضمن عنصر الاختيار والقدرة على تقليب ضروب الفكر.
-يتضمن عنصر الاستبصار وإعادة تنظيم الخبرات في صورة حل كامـــل في ضوء العلاقة بين الوسائل والأهداف.
-يتطلب عنصر المرونة في تحديد الأهداف ووسائل تحقيقها والتنبؤ بكـــل الاحتمالات، ووضع الخطط بصورة يمكن تعديلها أو التحول عنها لخطط أخرى.
-يتضمن عنصر الإبداع والتفكير الابتكاري القائم على المرونة والأصـــالة والطلاقة.
-يضمن عنصر النقد وتقويم الافتراضات والحلول المبدئية، وتقييم البـــدائل والنتائج المترتبة عليها في ضوء أفضل الحلـــول وعوائـــق الاســـتخدام والخسائر المباشرة وغير المباشرة والمكاسب القريبـــة وطويلـــة الأجـــل (حسن عبد المعطي، 2006).

2 – إستراتيجية التعامل المركزة التصدي :

هو أسلوب من أساليب التعامل مع الضغوط يلجأ إليه بعض الناس وفقـــا لنمط الشخصية ويهدف هذا الأسلوب إلى تخفيف العقبات التي تحول بينه وبـــين التكيف والاتزان أو تحقيق الأهداف الآنية، ويكون واضحا جـــدا فـــي حـــالات الأزمات والكوارث (سعد الامارة –أ– 2001).

3 – إستراتيجية التعامل المركزة البحث عن السند الاجتماعي :

تعرف بشرى إسماعيل (2004) المساندة الاجتماعية على أنها جميع الإمدادات التي يقدمها الآخرون للفرد لمساعدته على مواجهة الضغوط، فالمساندة الاجتماعية تنقل الإحساس بأن الفرد ليس لوحده في مواجهة الضغوط أو التهديد. وتشير إلى أن للمساندة الاجتماعية أنماطا عديدة، منها المساندة الانفعالية التي تعطي الإحساس بالحب والاهتمام والاشتراك مع الآخرين في علاقات والتزامات، وأيضا توجد المساندة المادية (المال، وسائل المواصلات، السكن...) والمساندة المعرفية (النصح، التغذية الراجعة الشخصية، المعلومات ...).

يؤكد حسن عبد المعطي (2006) أنه يقصد بالسند الاجتماعي تلك العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين و التي يدركها على أنها يمكن أن تعضده عندما يحتاج إليها. أو أنها السند العاطفي الذي يستمده الفرد من آخر بالقدر الذي يساعده على التفاعل الايجابي مع الأحداث الضاغطة ومع متطلبات البيئة التي يعيش فيها، بالإضافة لذلك فإن المساعدة الاجتماعية هي أن يشعر الفرد بأن هناك من يهتم به اهتماما عميقا ويقدره أو أن يشعر الفرد باندماجه الشديد مع الآخرين. وتلعب المساندة الاجتماعية دورا هاما في خفض المعاناة الناتجة عن شدة الأحدث الضاغطة، وتتوسط العلاقة بين ضغوط الحياة والانهيار الصحي أو النفسي.

تركز إيمان صقر (نقلا عن حسن عبد المعطي، 2006) على أن للمساندة الاجتماعية أنواع مختلفة صنفها كوهين وويلز (1985) Cohen ,Wills كما يلي :

1– مساندة التقدير : Esteem Support وتكون في شكل إمداد الفرد بمعلومات تدل على أنه مقدر ومقبول لقيمته الذاتية .

2- الصحبة الاجتماعية : Informational Companionship وتشمل صحبة آخرين في أنشطة الفراغ والترويح والتواصل مع آخرين للانشغال عن المشكلات الضاغطة.

3- المساندة الإجرائية : Instrumental Support كتقديم العون المادي والخدمات التي تخفف الضغط من خلال الحل المباشر للمشكلات والمواقف الضاغطة أو الاسترخاء والراحة في مواجهة المواقف الضاغطة.

ويقصد بالسند الاجتماعي شبكة العلاقات الاجتماعية التي يمتلكها الفرد والتي تقدم دعما ماديا أو معنويا أو انفعاليا، وهناك أربع مركبات يشير إليها التراث السيكولوجي حسب دراسات بونك (1988) Buunk ترتبط بالمساندة الاجتماعية والتي تأخذ هذا المفهوم بشكل دقيق.

أ- السند على مستوى تقدير الذات، حيث يتكون هذا الأخير من المظاهر التي تكشف للفرد على أنه محبوب ومقبول ومقدر.

ب- السند على المستوى المعلوماتي، الذي يشير إلى محاولة استغلال المعلومات المهمة لفهم والتعامل مع الحدث غير المرغوب.

ج- السند الانفعالي، الذي يشير إلى التعبيرات التشجيعية، حسن التفهم، الإصغاء للمعاش الانفعالي للفرد الذي يواجه وضعية مشكلة.

د- السند الوسيلي الذي يشكل مساعدة مادية مقدمة للفرد الذي يواجه مشكلة. (Béatrice Brouette, 1996)

4- إستراتيجية التعامل المركزة على التجنب والتهرب:

عندما لا يجد الفرد الإمكانات المتوفرة لديه والكافية للتعامل مع الضغط السائد، فبإمكانه وفي بعض الأحيان تجنب التعامل لحين استجماع قواه ثانية، أو التهيؤ له، أما إذا فشل في تجنب الموقف الضاغط ولم يستطع مقاومته، فإنه يلجأ إلى العقاقير، والكثير من الذين يتعاطون العقاقير يجدون فيها وسيلة للهروب من

المواجهة، لذا يعتبر الانسحاب استجابة شائعة للتهديد عند بعض النــاس . فقــد يختار البعض هذا الأسلوب على وفق نمط شخصيته، فهم لا يفعلون شيئا وغالبا ما يصاحب هذا السلوك شعور بالاكتئاب وعدم الاهتمام (ســعد الإمــارة –ب- 2001).

كما تشير هذه الإستراتيجية حسب نورمان ، أندلر وآخرون (دون سنة) Norman. s & Endler إلى جميع النشاطات المغيرة للوضعية بهــدف تجنبهــا وتخفيض الضغط.

5- إستراتيجية التعامل المركزة ضبط الذات :

هو أسلوب من أساليب التعامل مع الضغوط يلجأ إليه بعض الناس عندما يتعاملون مع مواقف من شأنها أن تؤثر على التحكم والسيطرة، ولكــن تتولــد لديهم مشاعر قوية نابعة من العقل، بمعنى آخر فإنهم يعالجون الموقف بخبرات وقوة إرادة برغم التوتر والإثارة، إلا أن التحكم وتقليل وطأة الأحداث التي تبعث على الضيق، تظل مفتاح حل المشكلة لديهم من خلال السيطرة والقــدرة علــى ضبط الاستجابة الانفعالية، وتكون – عادة – أنماط الشخصيات التي تلجأ إلــى هذا الأسلوب هم من الذين يعملون في مجــالات الطــب أو العمــل الصــحي كالأطباء والممرضين والمساعدين لهم، حيث يكون التحكم في أعلى حالاته أثناء التعامل مع المرضى المصابين بأمراض خطيرة أو إصابات من جراء الحوادث الطارئة، ويرى ستيرلي أن أسلوب ضبط النفس يريح الفرد في حينه، وقد يكون لذلك فائدته في الصحة النفسية والجسمية، أما إذا فشل فإنه يؤدي إلــى حــالات مرضية خطيرة (سعد الإمارة –ب-2001).

كما أن أسلوب الضبط الذاتي Self Control هو ضبط يمارسه الفرد على مشاعره وتصرفاته، كما يعتبر القدرة على هداية سلوك المرء الخاص ومقدرته على كبح اندفاعاته.ويؤكد سكيبنر Skinner على أن الضبط الذاتي هو قيام الفرد

بالتحكم في مؤثرات بيئية وفقا لخطوات معينة، بهدف استبدال سلوك معين بسلوك آخر أو أنه تنظيم الارتباطات الفعالة التي تؤثر في السلوك بطريقة تجعله يعيش فوائد بعيدة المدى في الوقت الذي عليه أن يقلع عن بعض الاشباعات أو يتحمل بعض المتاعب في البداية (حسن عبد المعطي، 2006).

6- إستراتجية التعامل المركزة على اتخاذ مسافة :

تشير للمجهودات المعرفية لتقدير الذات وتصغر معنى وأهمية الوضعية .

7- إستراتيجية التعامل المركزة على تحمل المسؤولية :

إدراك الفرد والتصريح بدوره في المشكلة ومحاولة جمع المعلومات المناسبة.

8- استراتيجية التعامل المركزة على إعادة التقدير الايجابي :

تشير لمجهودات الفرد في إعطاء معنى إيجابي للوضعية بالتركيز على التصور الفردي .

- **تعليق على أنواع استراتيجيات التعامل :**

لايتفق جميع الباحثين على تقسيم لازاروس وفولكمان لاستراتيجيات التعامل إلى نوعين أحدهما مركز على الانفعال والآخر على المشكل، إذ يذهب سول وفلتشر (Fletcher(1985, Suls من خلال دراسة تحليلية للدراسات الأمريكية القائمة ما بين 1960-1985 والخاصة باستراتيجيات التعامل إلى أن هناك نوعين من الاستراتيجيات الأول تجنبي يهدف إلى الهروب والإنكار و رباطة الجأش، acceptation stoïque والنوع الثاني يقظ، ويشير إلى البحث عن المعلومات والسند الاجتماعي ومخططات حل المشكل (Paulhan ,Nuissier ,Quintard ,Cousson ,Bourgeois, 1994).

10- فعالية استراتيجيات التعامل :

يؤكد أنتونوفسكي (1982) Antonovsky (نقلا عن حسن عبد المعطي، 1992) أن ضغوط الحياة توجد وجودا فعليا في حياة كل إنسان ويستجيب لهـا بحالة توتر، غير أنه يمكن أن يكون لهذه الحالة نتائج مرضـية أو محايـدة أو صحية، ويتوقف نوع النتائج على مدى لياقة وفعاليـة التعامـل مـع الحـدث الضاغط، ويؤدي التعامل الضعيف مع الضغوط إلى ظهور الإجهاد والتحـرك نحو الإصابة بالمرض في حالة استمرار التوتر، ويؤدي حسـن التعامـل مـع الضغط إلى الشعور بالصحة. وإذا كـان النـاس يشـعرون بضـغوط الحيـاة وصعوبات الأحداث التي يمرون بها في حياتهم العادية فإن الفرد السوي يستطيع أن يواجه المواقف ويتغلب عليها ومن ثم يختفي الموقف المثير للانفعال.

الجدير بالذكر أنه لا توجد إستراتيجية مواجهة واحدة تكون فعالة في كل المواقف الضاغطة ويستخدمها الأفراد في التغلب علـى كـل حـدث ضـاغط يواجههم في حياتهم، غير أن بعض البحوث تشير إلى أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة في مواجهة الضـغوط تكـون أكثـر فاعليـة عـن استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعـال، وهنـاك دراسـات أخـرى أوضحت أن فاعلية كل من هذين النوعين من الاستراتيجيات لا يعتمد فقط على نوعها بل أيضا على سياق الموقف والمصادر الشخصية المتاحة لـدى الفـرد، حيث إن كلا من التقييم المعرفي واستراتيجيات المواجهة يتوسط العلاقـة بـين الضغط وعملية المواجهة طبقا لنموذج لازاروس وفولكمان عن الضغوط.

وفي هذه النقطة يذكر لازاروس وفولكمان أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة والتي تستهدف تغيير الموقف تستخدم بشكل ملائـم عنـدما يستطيع الفرد السيطرة والتحكم في الموقف أو عندما يستطيع إدارة المشكلة في البيئة (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

كما يشير فولكمان ولازاروس (1984) Lazarus, Folkman إلى أنـــه لا توجد استراتيجيات مواجهة سيئة فالشخص يحاول مواجهة المواقف الضـــاغطة ولكن إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها ربما تكون غير فعالة وناجحة، ولكن عدم القدرة على مواجهة الضغوط المستمرة يؤدي إلى تثبيط الهمم لدى الفـــرد ونقص الدافعية، وطبقا لهذا فإن عملية التقييم المعرفي والمواجهـــة تلعـــب دورا حاسما في تحديد نتيجة المواجهة والتعامل مع المواقف الضاغطة فـــي البيئـــة. وهذا يعني أن العلاقة بين الشخص والبيئة تتوسطها عمليـــة التقيـــيم المعرفـــي والمواجهة وأن عملية المواجهة تتأثر بمتغيرات الشخصية مثل القيم والأهـــداف واعتقادات الفرد عن ذاته وعن العالم من حوله وإدراك الفرد لمصادر الشخصية عند مواجهة الضغوط، مثل المصادر المادية والصحية والمصادر الاجتماعيـــة مثل شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، وأن الفروق الفردية بين الأفراد في هذه المتغيرات هي التي تفسر السبب في أن شخص ما قد يقيم الموقف على أنه يمثل تهديدا له بينما يقيم الشخص الآخر نفس الموقف على أنه يمثل تحديا له (طـــه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

وتشير الدراسات إلى وجود ارتباط بين استعمال استراتيجيات المواجهـــة المركزة على الانفعال والتسوية السيئة للضغط وسوء الصحة النفسية والجسدية وهذا بسبب إخفاق هذه المجهودات في مجابهة الحدث. ويؤكد جمعـــة يوســـف (2000) أن هناك علاقة بين الميل إلى استخدام أساليب المواجهة المركزة على الانفعال والاضطراب النفسي، وتبين أن مثل هذه المواجهـــة تـــرتبط بـــالتوافق السيئ مع المشكلات كما ترتبط بالضغوط النفسية والاضطراب النفسي.

من جهته يؤكد اندلر وباركر (1989) Endler ,Parker أن هناك ارتبـــاط قوي بين المواجهة المركزة على الانفعال والأعراض السيكاترية، فالأشـــخاص

المضطربين نفسيا يفضلون استعمال هذا النوع من المواجهة أكثر من الأسوياء .

يؤكد كوتسوسيمو Koutsosimou (1996) (نقلا عن جمعة يوسف –أ– 2000) أن جميع الدراسات تشير إلى أن هناك علاقة بين الاضطراب النفسي وقت الإصابة في حادث – على سبيل المثال – والميل إلى استخدام أساليب التعامل المركزة على الانفعال، وتبين أن هذا النوع من الاستراتيجيات يرتبط بالاضطرابات النفسية والتوافق السيئ مع المشكلات.

خلاصة ما يمكن قوله فيما يتعلق بفعالية استراتيجيات التعامل هو ما يؤكده فولكمان ولازاروس Lazarus, Folkman (1984) بأن الاستراتيجيات المركزة على حل المشكل لا تظهر فعالة إلا إذا كان الحدث تحت تحكم الفرد، وفي حالة حدث غير مرتقب وغير متحكم فيه فإن الاستراتيجيات المركزة على الانفعال تكون أكثر تكيفا مثل ما هو الحال في حالة مرض خبيث.

ولعل ما يمكن أن يعبر عن الآراء المختلفة لوجهات نظر العلماء حول فعالية استراتيجيات التعامل مع الضغوط ما انتهى إليه ياجير Yager (1989) الذي يؤكد أنه كلما كان رصيد سلوكات استراتيجيات التعامل أكثر تفتحا ومرونة كلما وجد الفرد نجاحا أكبر على التكيف وأقل عرضة للاضطرابات العقلية (Ghiglione, 1994).

خلاصة :

تعتبر استراتجيات التعامل مع الضغوط من أهم مُعَدِلاَت الضغط وآثـــارا على الصحة النفسية و والبدنية، وتبدو قيمة هذه الاســـتراتيجيات فـــي تنـــوع استعمالاتها في الحياة اليومية، ورغم أن هناك بعض المؤلفات التي تشير إلـــى فعالية الاستراتيجيات المركزة على المشكل دونا عن الاســـتراتيجيات المركـــزة على الانفعال إلا أن هناك من يؤمن أن الفرد لا يمكنـــه الـــتحكم فـــي جميـــع الوضعيات الحياتية ولذلك تظهر قيمة الاستراتيجيات المركزة على الانفعال.

وقد غدا البحث في موضوع استراتيجيات التعـــالم موضـــوعا يســـتقطب العديد من الباحثين وهذا لما له من أهمية تشخيصية ووقائية وعلاجية فـــي ذات الوقت .

الفصل الثالث :

الاكتئاب واليأس

الاكتئاب

تمهيد :

يعتبر الاكتئاب من الأمراض الأكثر انتشاراً في الأوساط الطبيـــة إذا مـــا قورن بالأمراض الأخرى، وقد بينت المنظمة العالمية للصحة أن عدد المصابين بالاكتئاب في العالم يقدر بـــ 200 مليون مكتئب، وتقر أن هناك احتمال إصابة فرد واحد من 10 من المجتمع العام بحالة اكتئاب، كما بينت الدراسات الحديثـــة التي أجريت في ميونيخ Munich وبـــال Bale أن نســبة 17% - 18% مـــن مجموع المرضى الذين يرتادون العيادات الصحية يعانون من حالـــة اكتئابيـــة واضحة (Douki ,Moussaoui ,Kacha, 1987) .

ويدخل الاكتئاب ضمن الاضطرابات النفسية – العقلية التي ترتكز علـــى خاصيتين، إحداهما تكون في تغير المزاج والمتمثل في التشاؤم والشعور بعـــدم القدرة والضعف واحتقار الذات وتأنيب الضمير، والخاصية الثانية تتمثـــل فـــي التباطؤ في النشـــاط العام للسلوكات النفسية والحركية وكذا الوظـــائف العقليـــة (Guyotat,1990)، و يعد هذا الاضطراب في طليعـــة الأمـــراض الســـيكاترية المسببة للانتحار، وحسب إحصائيات الولايات المتحدة الأمريكيـــة وبريطانيـــا يموت مريض واحد منتحراً بين كل من 200 مريض بالاكتئاب، كما تعد البلدان الصناعية في طليعة الأمم التي تتزايد فيها نسبة الأمراض الاكتئابية وبخاصـــة في العقود الثلاثة المنصرمة، وطبقاً لإحصائيات المؤسسة الأمريكيـــة للصـــحة النفسية فإن 15% من الأفراد البالغين من السكان (18 سنة – 84 سنة) في كـــل سنة يعانون من أعراض اكتئابية هامة تستوجب علاجهـــم (محمـــد الحجـــار، 1989).

يمر أغلب المرضى خلال مراحل الاكتئاب بالإحساس بالضيق والأســـى لهذا السبب يقال أن مشكلتهم هي الاكتئاب، وفي هذه المرحلة يشـــيع الشـــعور بالذنب وضياع الرجاء وفـــقدان الحول وانعدام الجدارة كما يخيم الاتجاه السلبي

المتشائم نحو الأشياء التي كان ينظر إليها نظرة إيجابية، وليست هذه المشاعر دائمة في العادة ولكنها تجيء وتذهب كالأمواج التي تؤدي أحيانا إلى شل النشاط، ويشيع الشعور المفرط بالذنب كنوع خاص (دافيد شيهان، 1988). وبرغم أن هذا الاضطراب يعتبر من الموضوعات التي سلطت عليها الأضواء وأجريت عليها الدراسات المكثفة والتحليل الفياض والمناقشة المثمرة على مدار الأيام والسنين إلا أن طبيعته سوف تبقى وتظل عقبة كئود يكتنفها الغموض والإبهام (عزت الطويل، 1985) و يمكن حصر حالات الاكتئاب في تلك التي يبدو فيها الشخص حزيناً مهموماً كثير البكاء، متشائماً يائساً من الحياة، أو معتقداً أنه لا يستحقها ويفكر جدياً في إنهائها، وقد ينتهي به الأمر بالفعل إلى الانتحار (فرج طه ،1989)، كما يعكس الاكتئاب المشاعر الحزينة والسأم والعزلة وعدم السعادة واضطراب العلاقة بالأنا وكذا انخفاض الحماس والهمة (سلوى عبد الباقي، 1992) إلى أبعد من هذا اعتبر كل من , Ferreri ,Vacher Alby (1987) الاكتئاب اضطرابا يصيب التكيف خاصة، إلا أن هذه الإصابة تكون بدرجات متفاوتة .

1 . تعاريف الاكتئاب :

الاكتئاب كلمة جد واسعة إذ لا تعبر عن الاكتئاب المرضي الصريح ولكنها تعني كذلك الحزن والشعور بالمرارة والميل إلى الشعور السوداوي في النظرة إلى الحياة ويؤكد البروفيسور موريل أوبرليد Muriel Oberleder أن هناك احتمالا بأن تكون أنواع الاكتئاب من الكثرة بحيث أنها تماثل عدد البشر، ولكن المؤكد أن كل أنواع الاكتئاب تشترك في شيء واحد وهو أنها تجعل الشخص بعيداً عن العالم وتقوده إلى لا مكان (عبد الحكيم العفيفي، 1990).

لذلك ارتأى الباحث تجنب الوقوع في مواطن اللبس واللجوء قدر الإمكان إلى كل السبل التي من شأنها إتاحة تحديد وتعريف الاكتئاب وضبط مؤشـــراته وأعراضه بغية الوصول إلى تعريف يقف عليه مدار البحث في نهاية المطاف.

يمكن تعريف الاكتئاب على أنه ليس سوى استجابة لتفكير مشوه للأحداث الحياتية، يأخذ صورة الشمولية والذاتية، والداخلية، ومن منطلقـــات إدراكيـــة، ويمكن أن يعرف على أنه موقف عاطفي أو اتجاه انفعالي يتخـــذ فـــي بعـــض الأحيان شكلا مرضيا واضحا وينطوي على شعور بالقصـــور وعـــدم الكفايـــة واليأس بحيث يطغى هذا الشعور على المرء أحيانا ويصاحبه انخفاض عام فـــي النشاط النفسي والعضوي، أما الموسوعة المختصرة في علم الـــنفس والطـــب العقلي فترى أن الاكتئاب إحساس بالحزن وسوء المزاج وهذا عنـــد الشـــخص العادي، أما حالات الاكتـــئاب في الطب العقلي فهي تتضمن نـــواحي متعـــددة وجدانية، ذهنية، سلوكية، وجسمية، بالإضافة إلى الإحساس بالحزن والأسى مثل التوتر والقلق وفقدان الشهية واضطراب الجهاز العصـــبي واخـــتلال الهضـــم والعجز الجنسي والإحساس بالتعب والإنهاك وبطء الحركة بالإضافة إلى بعض الأعراض الذهانية الأخرى كالهذايانات والهلاوس وتوهم المرض والميل إلـــى الانتحار (وليم الخولـــي، 1976).

أما الرخاوي (1972) فيعرّف الاكتئاب على أساس أنه نوع من الأمراض النـــفسية أو العقلية، يبدأ أساسا باضطراب في العاطفة دون سبب ظـــاهر أو لا يتـــناسب ومقدار هذا الحزن ومدته، ويترتب على ذلك همود وانصـــراف عـــن الدنيا والناس دون مبرر حقيقي، بل وفوق ذلك يصاب التفكيـــر بـــبطء ظـــاهر وسوداوية قاتمة، ولهذا يصيب المرض وظائف النفس الثلاث (العاطفة، التفكير، السلوك الحركي) بالهمود والانحطاط، وهو يصيب عادة ذوو الشخصية النوابية التي يتناوب مزاجها بين المرح والحزن في الأحوال العادية، ويتـــابع تعريفـــه

معربا أن الاكتئاب عبارة عن شعور بالغربة يأتي نتيجة لتغيّر النظرة إلى الذات والحيـــاة .

في حين أقــر مصطفى زيــور (1975) أن الاكتئاب حالــة مــن الألــم النفسي يصل في الميلانخوليا إلى ضرب مــن الجحــيم والعــذاب مصـــحوباً بالإحســـاس بالذنب الشعوري، وانخـــفاض ملحوظ في تقـــدير الـــنفس لـــذاتها ونقصان في النشاط العقلي والحركي وكذا الحشوي.

كذلك يمكن تعريف الاكتئاب على أساس أنه حالة من الحـــزن الشـــديد المستمر ينتج عن الظـــروف المحزنة الأليمة، والمريض هنا لا يعي المصـــدر الحقيقي لحزنه (حامد زهران،1987) .

وقـــف فخري الدباغ (1977) على أن الاكتئاب انفعال وجـــداني تجـــاه الشـــدائد النفسية والصراعات المختلفة، ويرى أنه استجابة تتميز بعنصرين هما الشـــعور بالبؤس والشعور بالتوعك والعجـــز، فالمكتئـــب حـــزين ذو مـــزاج سوداوي، عديم الرضا ضيق الصدر يائس، عـــاجز لا يكتـــرث بـــالحوادث أو نتائجها ويتملكه شعور بالإعياء أو عدم القدرة على إنجاز عمل أو مهمة، وفـــي سنة (1983) ذهب فخري الدباغ إلى أنه رد فعل ضد الشدائد النفسية وفقـــدان الموضوع العزيز الذي يعتبر من أخطر الشـــدائد وأهم أسباب الاكتئاب، إلا أن كمال دسوقي (1990) ذهب في ذخيرة علم النفس إلى أن الاكتئاب اتجاه انفعالي ينطوي على شعور بعدم الكفاية وبفقدان الأمل، وفي بعض الأحيان يكون ساحقا ويصحبه عموما انخـــفاض النشاط الجسمي النفسي والتكـــدر والاغتمـــام، فـــي حين توصل بيك (1979) Beck إلى أن الاكتئاب حالة نفســـية تـــرتبط بـــأنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية تتضمن الاتجاه السلبي للشخص نحو النظـــرة للحاضر والمستقبل، فالأشخاص اليائسون يعتقدون أن لاشيء يمكن أن يتحـــول

ليكون في صالحهم وهذا بسبب عجزهم عن النجاح في أي عمل يقومون به وعجزهم عن تحقيق أهدافهم.

كما يعرّف على أنه مجموعة أعراض إكلينيكية متزاملة تتألف من انخفاض في الإيقاع المزاجي وصعوبة في التفكير، وتأخر نفسي حركي وربما يختفي التأخر النفسي الحركي نتيجة القلق والتفكير المفرط، ويعرف أيضا بأنه حالة مرضية بسبب المعاناة النفسية ومشاعر الذنب مصحوبا بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيم الشخصية وبنقص عقلي، نفسي وحركي_وحتى في النشاط العضوي دون وجود نواقص حقيقية. أما DSM III فينظر إلى الاكتئاب على أنه مجموعة من الأعراض المتزاملة التي تتحدد في ضوءها صورة الاكتئاب الرئيسي، وتشمل المزاج الكدر وفقدان الاهتمام والمتعة في معظم أو كل النشاطات المعتادة، ويشتمل على اختلالات الشهية للطعام، تغير في الوزن، مشاعر عدم الأهمية أو الذنب، صعوبة التركيز أو التفكير، وأفكار حول الموت أو الانتحار أو المحاولات الانتحارية (محمد عبد الرحمان، 1998).

من خلال ما سبق يظهر لنا صعوبة إيجاد تعريف متفق عليه وهذا بسبب الاختلاف في وجهات النظر وكذا اختلاف المنظور والمنطلقات العلمية المقدمة لتفسير هذه العلة لذلك نجد أننا لسنا بمنأى عما ذهب إليه ماير Mayer (نقلا عن محمد الحجار، 1989) حين صرح أنه " لا نعرف كيف نعرّف الاكتئاب " وهذا القول يعكس صعوبة تعريف الاكتئاب بفعل تعقد أسبابه وأعراضه وكثرة تصانيفه، مما يجعل إمكانية وجود تعريف مقبول عند المختصين مسألة صعبة حتى الآن، غير أن أبسط تعريف والذي يقرب من الوصف منه للتعريف هو الذي يرى أن " الاكتئاب اضطراب عاطفي يتمظهر بأعراض نفسية وبدنية سريرية تعكس مزاج المريض ومعاناته، وتتداخل في هذا الاضطراب عوامل بيئية وثقافية وبيوكيميائية وإرثية وتركيب الشخصية في حدوثه.

أكد محمد الشناوي (1998) أن الاكتئاب اختلال فـــي الحالـــة المزاجيـــة للإنسان يؤدي به إلى الحزن والتشاؤم، والنظرة القاتمة للنفس والعالم وللمستقبل، كما أنه يشمل انخفاضاً في الإيقاع المزاجي ووجود مشاعر الاستياء المؤلمـــة، وصعوبة التفكير مع تأخر حســـي حركي، والاكتئاب حالة باثولوجية تدل على معاناة الجهاز النفسي للفرد والشعور بالإثم مصحوب بـــنقص فـــي الإحســـاس بالقيمة الشخصية وفي النشاط النفسي الحركي بل وفي النشاط العضوي أيضـــا دون وجود نواقص عضوية حقيقية، أما حسن مصطفى (1998) فيعتبر الاكتئاب مرضا من الأمراض الشائعة والمتميز بمشاعر طاغية من الحزن والقلق وأحيانا مصحوب بأفكار انـــتـــحارية، ويكون المكتئب عادة مثبط، بطيء وأرق، وربما يكون معانيا من مشاعر الذنب غير الحقيقية كما أن الأكل والنوم قد يتأثران لديه بطريقة حادة وجد ملحوظة .

عند البحث في الفرق بين تعريف الشـــناوي (1998) وحســـن مصـــطفى (1998) نجد أن الأول قد اهتم بالأعراض النفسية وكذا الجسدية فـــي حـــين أن الثاني اهتم بالجانب النفسي البحت، وأهمل اللحمة والتفاعل الموجود بين النفس والجسد، إلا أن ممدوحة سلامة (1991) أقرت أن الاكتئاب خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل، وعـــدم الرضا والرغبة في إيذاء المرء لنفسه والتردد وعدم البث في الأمور والإرهاق وفقدان الشهية واحتقار الذات وبطء الاستجابة، وكذا عدم القدرة على بـــذل أي جهد.

نرى أن ممدوحـــة سلامة (1991) قد نشـــدت الدقـــة خاصـــة الناحيـــة العرضية للعلة مربض الفصل، وكذا خصوصية النظرة لهذا الكدر لأنها أعطت وجهة خاصة في مسار تعريفها، حيث اهتمت بالجانـــب النفســـي فـــي تحديـــد الأعراض الاكتئابية التي تترافق دوما مع اضطرابات الشدة عقب الرضية، ولم

تعطي أهمية للجانب البدني في حالات الاكتئاب باعتباره لواحق تـــأتي بســـبب اختلال الجانب النفسي للفرد.

من خلال العرض السابق لمجمل التعاريف المقدمة من قبـــل البـــاحثين، يمكن القول أن الاكتئاب هو ذلك الاضطراب الذي تتركز فيه الخبرة الوجدانيـــة للشخص حول موضوع أو تجربة معينة، وعادة ما تكون أليمة تترك بصـــماتها التي تتمظهر في معظم الأحيان على شكل حزن وتشاؤم، وتباطؤ نفسي حركي واللامبالاة والشعور بالفشـــل واستحالة الحصول على الرضا من أي موضوع، كما يميل أصحاب الاكتئاب إلى احتقار ذواتهم وازدراء كل معيشـــتهم، لذلـــــك كثيرا ما تصاحبهم أفكار الانتحار، ويمكن أن يصاحب الاكتئاب أيضا بـــالأرق وفقدان الشهية وبعض الاضطرابات والأعراض العضوية وهذا ما سنعمل على إظهاره لاحقا.

2 . انتشار الاكتئاب :

يبدو أن الاكتئاب سمة من سمات العصر، وكثيراً مـــا نجـــد الكثيـــرين يعانون منه وإن كان ذلك يختلف باختلاف الجنس والطبقة الاجتماعية، الحالـــة الاقتصادية، البيئة، الوراثة، المهنة ... كل هذه المتغيرات تعمل عملها مجتمعة في الإصابة بالاكتئاب وتسهم بنصيب وافر في ظهور أعراضه (عزت الطويل، 1985).

كما تعتبر اضطرابات المزاج من أكثر الأمراض شيوعا، وهي المســـألة عن العديد من المعاناة والألأم النفسية بين ألاف من أفراد الشعوب، فإنه يكفـــي القول أن 50 % – 70% من محاولات الانتحار الناجحة بين المجمـــوع ســـببها الاكتئاب.

رغم هذا إلا أنه من العسير تحديد نسبة انتشار هذا المــرض نظــراً لأن الحالات البسيطة تُشفى تلقائيا ولا تتردد على المختصين، علاوة على ذلك فــإن كثيراً من هؤلاء المصابين يبدأون بإظهار أعراض جسمية وفزيولوجيــة، ممــا يجعل التشخيص صعبا ويؤدي إلى نسبة مختلفة لمدى شيوع هذه العلــة. غيــر أنـــه يبدو أن الأمراض الوجدانية تنتشر بين أفراد الشعب في نسبة تتراوح من 1-5 % مــن مجموع الشعب العام وذلك بغض النظر عن الحضارة والثقافــة والجهة الجغرافية، وقد دلت إحصائيات هيئة الصحة العالمية ســنة (1978) أن نسبة الاكتئاب في العالم حوالي 5 % وأنه يوجد حوالي مليوني مكتئــب فــي عالمنا الحاضر (كــوثــر رزق، 1983).

يقر أحمد عكاشة (1980) أن الاكتئاب من أكثر الاضــطرابات النفســية شيوعا وانتشارا في حين يؤكد لورير وفيدلوشـــي (1983) Laurieres,Widlocher أن الاكتئاب بكل أشكاله وأنواعه مرض خاص ومنتشر في أوســاط المجتمــع، ويصيب حوالي 12 % من سكان العالم.

خلص سعد جلال(1985) إلى أن الاكتئاب يحتل المرتبــة الثانيــة بعــد مرض الفصــام، إلا أنـــه يفترق عنه في كون نسبة كبيرة ممن يصــابون بـــه يشفون عادة تلقائيا، كما أنه نادراً ما يصيب فرداً تــقل ســنـــه عن 18 ســنة، كما أن نسبته بين النساء أعلى مما هي عليه بين الرجال.

وعن انتشـــار الاكتئاب بين الأسر، قدم معهد الصحة العقلية الأمريكـــي العديد من التقارير المتعلقة بالأمراض الأسرية، وكان الاكتئاب من أهــم هــذه الأمراض النفسية التي يسهل إصابة أفراد الأسرة بها نتيجة إصابة أحد أعضائها (سلوى عبد الباقي، 1992). أمــا ســليغمان (1975) Seligman فيــرى أن الاكتئاب هو نزلة البرد (الزكام) الدماغية بالنسبة للصحة العقليــة، وحســب

سارتوريوس (1975) Sartorius فإنه في كل سنة ما يقــارب من 200 مليــون شخص يعانون من حالات اكتئابية (Fontaine, Wilmotte, 1984).

يعد الاكتئاب مشكلة شخصية واجتماعية ذات أهميــة كبيــرة، إذ تشــير البحوث إلى أنه أثناء رحلة الحياة للفرد في الولايات المتحدة الأمريكية يصــاب شخصين من كل خمسة أشخاص بنوبة اكتئاب كافية لتثير التشخيص والعــلاج له، بينما 3 % - 5 % من السكان يتعرضون لدخول المــشفى وتلقي العلاج من الاكتئاب وتوابعه، وبينما كان هذا المرض يُنظر إليه على أنه خــاص بأواســط العمر وكبار السن فقد أصبح شائعا حتى بين الشباب (محمد الشناوي، 1998).

3 - علاقــة الاكتئاب بالجنس :

أعدت جامعة هارفارد دراسة حول الاكتئاب سنة (1995) أوضحت فيها أن الاكتئاب يتسبب في 30 % من مشكلات المرأة النفسية فــي مقابــل 12.5 %فقط للرجال (أحمد أبو العزائم 1997). ولوحظ من الدراسات الحديثة مثــل دراسة ويــزمــان أن الإناث في سن 21 - 44 ســنة هــن أكثــر عـــرضة للاكتئاب، و تم إثبات ذلك من خلال ارتفاع محاولات الانتحار بين الإناث بــين سن 20 - 30 سنة .

وفي دراسة مقارنة عن مدى انتشار الاكتئاب بين الذكور والإناث العاملين (الذين لهم وظائف) وُجد أن الاكتئاب يعرف انتشــــارا بــين الإنــاث ســواء العاملات أو ربات البيوت مع الوضع في الاعتبار أن ربة البيت تم اعتبارها من الوظائف، ولوحظ أيضا أن الاكتئاب أكثر انتشارا بين الإنــاث ذوي المســتوى الثقافي المنخفض والعاملات بالوظــائف البســيطة (الخادمــات، والعــاملات البسيطات) كما كان منتشرا بين المتزوجات والتي لديهن أطفالا يرعاهن بالمنزل أي بين الأمهات اللاتي مازلن يعشن مع أولادهن في منزل واحد ويعولهن. كما

كان موجودا أيضا بصورة أكبر بين المطلقات اللاتي لهن أطفال يرعاهن أيضا، وبين الإناث التي ليس لهن أطفال على الإطلاق وكن متزوجات.

وبذلك خلصت الدراسة إلى أن الإناث الأصغر سنا والمتزوجات واللاتي يعملن بالأعمال البسيطة ويمارسن في نفس الوقت دور الأم كن أكثر الفئات إصابة بالاكتئاب (فيصل عزالدين، 1997).

4 – أعراض الاكتئاب :

يعدّ الاكتئاب واحدا من الاضطرابات النفسية المصنفة عالميا وتتنوع أسبابه وأشكاله وتتداخل فيه مجموعة من العوامل الجسدية والنفسية والاجتماعية فالاكتئاب شأنه شأن الكثير من الاضطرابات النفسية والوجدانية يفصح عن نفسه في مجموعة من الأعراض، بعضها مادي (عضوي) وبعضها معنوي (فكري أو مزاجي) وبعضها اجتماعي، وتشتمل هذه الأعراض على جوانب من السلوك والأفكار والمشاعر التي تحدث مترابطة – أغلبها أو بعضها – والتي تساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتئابي وتشخيصه (صباح السقا، 2005).

1.4 . المزاج السوداوي :

وهو عرض جوهري يميز الاكتئاب عن غيره من الاضطرابات، بالإضافة إلى الشعور بالغم والكدر، وفي بعض الأحيان يأخذ المزاج الاكتئابي صورة القلق والهياج والعجز عن الاستمتاع بمباهج الحياة (محمد الحجار، 1989) كما يتميز المصاب بالحزن، وقلة الدافعية، وهذا الحزن مثبّت إذ أن غياب سبب هذا المزاج لا يؤدي إلى تغيّره (Pelicier, 1983) ويمكن أيضا أن نوضح مفهوم المزاج السوداوي باعتباره شعوراً غير مفهوم وغامض يتميز

بالحزن واليأس وفقدان الشجـــاعة كما يرفـــق بـــألم نفســـي بحـــت (Ferreri , Bottero, Alby ,1993).

2.4 . إثبات في القدرات العقلية :

يشكو المصاب من بطء التفكير وصعوبة وضحالة في التخيل ونضـــوب الأفكار وصعوبة تركيز الانتباه وضعف الذاكرة وعـــدم القـــدرة علـــى اتخـــاذ القرارات، واجترار الأفكار وعجزه عن طردها من ساحة شـــعوره، إذ تحتكـــر الأفكار الوسواسية الجبرية ساحة تفكيره وتسيطر عليه مشاعر الإثم الضـــاغطة والضيق النفسي الشديد القاتل، والهواجس والمخاوف المرضية بشـــتى ألوانهـــا وأشكالها (محمد الحجار،1989) ويصاحب حالات الاكتئاب تقدير واطئ للذات بسبب التجارب الماضية، كما يحس المكتئب بفقدان الأمن والطمأنينـــة، وهـــذا التقدير أيضا لا يتعلق بالذات فقط وإنما يتعداه للعالم الخـــارجي، أمـــا الميـــزة الأساسية للجانب المعرفي لدى المكتئب فهو استقرار النمط السلبي في العلاقـــة بين الفرد والعالم الخارجي، فالفرد المكتئب لا ينتظر شيئا من العالم الخـــارجي ويرفض أن يُنتظر مه أدنى شيء (Pelicier, 1983)، كما يصـــيب الاكتئـــاب الوظـــائف المعرفيـــة العامـــة، كالتصـــورات، والإحساســـات، والتفكيـــر Représentations , Sensations , Raisonnements.

1.2.4 . اضطراب الوظائف المعرفية :

تتضآل درجة التركيز والانتباه لدى المكتئب، و تضعف ذاكرته، ومـــن خلال المقابلة العياديـــة يُظهر العليل انتباها ضعيفا ينخفض بسرعة مـــع أدنـــى جهد فكري، أما التركيز فلا يمكن أن يطول، في حين أن الذاكرة قصيرة المدى والتذكر الفوري يمكن أن يصابا بالضعف أيضاً.

2.2.4 . اضطراب التصورات ومحتوى التفكير :

وتتركز هذه الاضطرابات في الشعور بالدونية، العجز، الفشل، فقدان حب الذات وتقديرها، التشاؤم واليأس ... كما يشعر العليل بالعجز علـــى مواجهـــة مشاكله، والبث في علاقاته واشكالياته ويصبح غير قادر على الاعتماد علـــى نفسه، كما يفتقد للقدرة على اتخاذ أي قرار لحل آية وضعية صـــراعية ، إلـــى جانب الشعور بالإحراج أمام الأسرة نظراً لاهتمامها بعلته ، ويعتبر المصـــاب نفسه حملا على الآخرين، عديم الأهمية، ساعتها يأخذ تأنيب الضمير في التعميم Généralise والذي يأخذ شكل نقد للذات والشعور بالخجل نتيجة الأخطاء ، مـــع الندم والإحساس بالجبن، أما النظرة للعالم فتتشوه ويصبح العالم أسوداً في نظر المصاب، وهنا ينتقل العليل إلى مرحلة أخطر أين يفتقد الشعور بـــالأمن وســـط هذا العالم .

3.4 . تثبيط في النشاط النفسي الحركي :

في أغلب الحالات فإن التباطؤ الحركي العام هو الذي يظهر في حـــالات الاكتئاب وهذه التؤدة نوع من الكف، والعيادي بإمكانه اســـتنباطها مـــن خـــلال المظهر العام الذي يستتبع وظيفة التفكير. من الناحية الحركية يظهر المكتئب جد ثقيل، فاقد للحيوية، خطواته غيـــر ثابتة، هـــيـــئة جسمه تميل إلـــى الـــــرزح Affaisser ظهره محدب Voute حركاته جد قليلة، كما يجيـــب علـــى الأســـئلة بطريقة هامدة، خاملة Inertie. يلاحظ على المصاب أيضا تطلّبه لوقت كبيـــر في التفكير، ومع ذلك فإنه لا يجيب إلا بالجمل القصيرة، صوته مُضْجَر وعلـــى نمط واحد (Voix Monocorde) إيماءاته فقيرة ورتيبة، رأسه قليل الحركـــة، شحيح الكلمات، يتحدث ببطء. أما التباطؤ النفسي فإنه يتضـــح أن المكتئـــب لا يناقش أفكاراً جديدة على الإطلاق عدا تلك التي تدور حول معاناتـــه، قدراتـــه على القراءة والمناقشة جد محدودة، وفي المقابلة العيادية كثيـــراً مـــا يـــرفض

المكتئب محاولة تحوير أفكاره إلى مواضيع أخرى جديدة من قبل العيادي، ويبقى على نفس وتيرته الأولى واجتراره. أما التفكير فيفقد مرونته والتداعي العادي للأفكار، وليس نادراً أن يشكو المكتئب من إعاقته الفكرية وعدم قدرته على متابعة أفكار غيره، كما يشكو من التشوس في فكره عند أدنى جهد فكري.

4.4 . الحياد الوجداني :

يصيب الاكتئاب أساسا الوجدان ويلاحظ على أغلب الحالات البلادة الانفعالية، إذ كثيرا ما يشعرون بعدم قدرتهم على الحب ولامبالاتهم . فخلال الاكتئاب تعتبر الانفعالات أمراً مهمشاً ملغى، ويعجز المصاب عن إدراك انفعالاته أو إظهارها، وهذا العرض يعتبر من أهم العناصر الدالة على معاناة المصاب (Pelecier, 1983).

5.4 . اضطرابات الانسحاب :

يمكن أن نجمع تحت هذا الاضطراب مجموعة من الأعراض التي تقلص حجم القدرات والمبادرات لكل ميل نحو التصرف والفعل والإرادة. إذ يتميز المكتئب بالشعور بالتعب والإرهاق وفقدان الطاقة والشعور بضآلة الشجاعة والافتقار للمبادرة والعفوية، ولاستكمال مسار حياته الطبيعية، مع عدم القدرة على اجتياز العراقيل الاجتماعية والمهنية، كما أن العليل ينطوي على ذاته ويصبح لا فعالا ويُظهر لا مبالاة انفعالية واضحة إلى جانب التردد وعدم القدرة على اتخاذ القرار.

6.4 . الأعراض الإنعاشية أو النمائية :

تظهر أعراض الاضطراب الجسدي العام من خلال الميكانزم السيكوبيولوجي Psycho biologique للاكتئاب، وهذه الأعراض كثيراً ما تؤثر

في عملية التشخيص وتتسبب في ضياع الوقت نظراً لعزو هذه الأعراض إلـــى أسباب عضوية .

7.4 . النـهك النفسي : Asthenie

يمثل أهم الأعراض العامة والمنتشرة بكثرة في الاكتئاب، وهـــذا النهـــك غير واضح ويظهر على شكل تعب وإرهاق خاصة حينما يتعلق الأمـــر بجهـــد نفسي مرتبط بالأفعال الاجتماعية، لذلك عادة ما يظهر المكتئب ضجـــراً متعبـــاً ومرهقاً، فاقداً لبريق العينين، وذو سحنة كامدة Le Teint est Terme .

8.4 . الأعراض الوعائية :

وتتجلى هذه الاضـــطرابات فـــي ارتفـــاع الضـــغط، ســـرعة خفقـــان القلب Tachycardie احمرار الوجه.

9.4 . الأعراض الهضمية :

تتمثل في إحساسات مختلفة بصعوبة الهضم وثقله، وإنتفاخ المعدة، كمـــا نجد بعض الحالات التي تعاني من الإمساك الملازم الغثيـــان، الإســـهال .... (Ferreri , Bottero , Alby, 1993).

10.4. الاضطرابات الجنسية :

تتلخص هذه الاضطرابات في انخفاض الطاقة الجنسية، وفقدان الاهتمـــام بالجنس، كما يظهر البرود الجنسي عند النساء والعنة عند الرجـــال (Ferreri , Bottero , Alby, 1993). ويذهب سعيد يعقوب (1984) إلى أن حوالي 60 % من المكتئبين حسب AYD يعانون من ضعف الطاقة الجنسية الليبيديـــة حيـــث يُظهرون نفوراً أو تقززاً جنسيا قد يؤدي إلى الضـــعف الجنســـي أو البـــرودة الجنسية بعد ذلك.

11.4 . اضطرابات الشهية :

وأغلب هذه الاضطرابات تتمثل في القهـم، وحينمـا يكـون الاكتئـاب شـديـداً يصاحب بفقدان الوزن، غير أن ازدياد الشهية في حـالات الاكتئـاب أمر غير شائع، ومع ذلك تظهر بعض الحالات التي يغيب فيها القهم ليحل محله اضطراب آخر يعرف بالشراهة Boulimie (Ferreri , Bottero , Alby1993) .

كما يمكن القول أن اضطرابات الشهية اضطراب شـائع فـي حـالات الاكتئاب، أيـن تكون حالة الاهتمام بالطعام قليلة وتؤدي إلى فقـدان الـوزن الواضح، أما حالات الإفراط في الأكل فهي قليلة جداً، وقد وُجد أن 75% مـن المكتئبين يقدون بين 2- 5 كلغ عند بداية الاكتئاب بينما 5% فـقط من المكتئبين تكـون لـديهم شـراهة، وبالتـالي الزيـادة فـي الـوزن (Ayd , 1965) .

12.4 . اضطراب تقدير الذات :

يشعر المكتئب بأنه غير نافع بل وكأنه غير موجود إطلاقا، كما يحس أنه لم ينجح أبداً في حياته ولا في أي شيء يذكر ولن ينجح مستقبلا، يـتهم نفسـه بارتكاب الآثام ، ويعتبر نفسه مسؤولا عن كل الحوادث السلبية التي تحدث فـي محيطه. كما يُظهر المكتئب أيـضا ميله للتطلع نحو الأشياء السلبية فقـط دون غيرها من الأشياء، وهذا ما يتأكد لنا من خلال تلك الجمل المترادفة التي تصدر عنه مثل : " أنا عاجز، إني آأخذ كـل وقـتكم ... " (Eric Albert , Laurent Chneiweiss, 1990).

13.4. أفكار الموت :

شيئا فشيئا تتخلل أفكار الموت الحقل الواعي للمكتئب وتسيطر حالة الحداد على كامل حياته، فتفقده القدرة على التمتع بالحياة، ويظهر للمكتئب أن مستقبله جد غامض ولا يجد منفذاً منه سوى بالتفكير في الموت (Eric Albert , Laurent Chneiweiss, 1990).

وعادة ما ينظر المكتئب إلى المستقبل نظرة تشاؤمية، لهذا فقد تظهر عنده محاولات انتحارية واعية كوسيلة لحل مشاكله أو غير واعية تظهر نتيجة هذيان وهلاوس أو موجة قلق شديدة (حسينة يحياوي، 1996) .

14.4 . اضطرابات النوم :

يؤكد Ferreri et al (1993) أن الاكتئاب يصيب وظيفة النوم ويظهر على شكل أرق، لكن في بعض الأحيان يكون عكس ذلك ويتجلى في الإفراط في النوم، فيما يخص الأرق فإنه يأخذ أشكالا مختلفة فقد يسيطر على المكتئب فور الذهاب إلى النوم مصحوبا بتوتر نفسي شديد و هيجان نفسي وحركي في حالات الاكتئاب المصحوب بالقلق.

أما الحجار (1989) فيرى أن هذه الاضطرابات تتجلى في ثلاثة أنواع : أرق أول الليل، وأرق في منتصفه وأرق في أواخره. ففي الاكتئاب النفسي المنشأ لا يكاد المريض يغلبه النوم حتى يستفيق بعد فترة قصيرة فجأة إثر كوابيس وأحلام مزعجة متخوفا مذعوراً، يخاف النوم تحسباً من عودة هذه الكوابيس فيدخل في حلقة الأرق. في أرق منتصف الليل لا يجد المريض صعوبة في الولوج في النوم، إلا أن مدته تكون قصيرة فيستفيق عدة مرات ويشعر كأنه لم ينم، أما أرق آخر الليل ففيه يستيقظ المريض باكراً جداً فيصعب عليه النوم ثانية ويقضي طوال ما تبقى من الليل صاحيا يفكر بما سيجلب عليه النهار المقبل من معاناة و متاعب نفسية.

ويتمظهر الأرق أيضا في منتصف النوم على شكل استيقاظ مبكر وهــذا على إيقاع استيقاظي مخالف لما تعود عليه المكتئب سابقا، وهذا الاستيقاظ جــد مــؤلم ويُتعب المكتئب نظرا لقلة النوم. أما الإفــراط فــي النــوم فــيمكن أن يصاحب حالات الاكتئاب، والذي يظهر على شكل نوم متناه ومطول مصــاحب باستيقاظ متأخر مع ميل إلى القيلولة Sieste باســتمرار، كمــا أكــد كوبرنيــك (1982) Koupernik أن المكتئبين يجدون صعوبة كبيرة للــوصول إلى حالــة النوم، وحين يتمكنون من ذلك يستيقظون بصعوبة، لذلك كثيراً ما يلجأ المرضى إلى النوم أثناء النهار لتفادي القيام بأي جهد، وهذا ما يتــرجم بعــض حــالات الإفراط في النوم .

5 . صعوبة تصنيف الاكتئاب :

اختلف العلماء حول تصنيف الاكتئاب وذلك لتداخل عوامل الوراثة والبيئة والعوامل الكيميائية والبيولوجيــة والجســمية فيــه، ولاخــتلاف الأعــراض الإكلينيكية، لذلك نجد أن البعض من الدارسين – استنادا إلى ما انتهوا إليه مــن تجارب ودراسات – يرون أن الاكتئاب نوعان، نفسي عصابي وعقلي ذهــاني، وهناك نوع ثالث خليط بين الاثنين، وقد اعتمد هؤلاء في تصنيفهم هــذا علــى الاختلاف الواضح في الأسباب والأعراض (فيصل الزراد ،1984).

ويرى أوبري لويس (1966) أن الاكتئاب مرض واحد ممتد على طــول طيف طويل المدى، يزخر بأعراض مختــلفة تتباين في الكم وليست في الكيف، وأنه لا يوجد ما يسمى اكتئابا نفسيا أو عصابيا أو خارجيا مستقلا عن الاكتئاب العقلي أو الذهان، وأن الفارق الوحيد بينهمــا هــو تعقيــد وشــدة الأعــراض الإكلينيكية، وأنه لا يوجد ما يثبت فزيولوجيا وبيولوجيا اختلاف هاذين النوعين من المرض وأن الاكتئاب الداخلي أحيانا تسببه عوامل خارجية (أحمد عكاشة، 1980).

ومثلما كانت أسباب الاضطراب الاكتئابي و ما تـــزال موضـــع نقـــاش وخلافات كذلك فإن الأمر هو نفسه أيضا بالنسبة لتصنيف الأمراض الاكتئابية، إذ حتى الآن لا يوجد إجماع بين الباحثين على تصنيف واحد مقبول مـــن بـــين التصانيف الكثيرة المعمول بها منذ عهد كريبلن حتى يومنا.

اهتدى Boyer, Guelfi, Pull (1983) إلى أن دراسة الأسباب المحـــــددة لمختلف زملة الاكتئاب غير محددة حد الساعة وهذا ما يفسر اخـــتلاف طـــرق التصنيفات المطروحة من قبل مختلف المدارس الســـيكاترية، و بينمـــا تحتـــدم المعركة الرياضية وعالم الأرقام في دراسة الاكتئاب، وعما إذا لديه تشـــخيص واحد أو اثنان نجد أن معظم المنشغلين بوضع النظريات راحوا يهتمون بالكثير من الدراسات الوصفية والتصنيفية لأنماط الشخصـــية علـــى أســـس وأصـــول إكلينيكية، فهناك نســـق من التصنيف قام بـــه شـــوارتـــز Schwartz وهو يقوم على ثمانية عوامل، أربعة منها للأعراض الأولية والأربعة الأخرى للأعراض الاندفاعية وعلى هذا الأساس من الوجهة النظرية هناك 16 تشخيصـــا ممكنـــا مشتق من مكونات الاكتئاب الجنوني، أو الاكتئاب المتأخر أو الاكتئاب المثار أو الاكتئاب الاستدلالي ، وقد تكون هذه الأنواع مشوبة بشـــــيء مـــن التركيـــز العصابي وإما أن تكون مشوبة بالتركيز الذهان أو خالية منه، هذا واقترح بلندر (1966 – 1969) خمسة أنماط من الاكتئاب وهي على الترتيب : الاكتئـــاب ذو التخلف النفسي، الاكتئاب المصحـــوب بالتوتر، الاكتئاب المقـــرون بالانفعـــال الإنفصامي، الاكتئاب الناشئ من ضغوط الحياة المعيشية، الاكتئاب الدال علـــى حدوث مرض بدني. كما يردف يامج (1966) ويعـــرب أن أنمـــاط الاكتئـــاب الأساسية هي التفريغ الانفعالي والكتاتونية التســـلطية والإحســـاس الانعكاســـي المشوه.

الواقع أن هذه الأنساق التصنيفية في مجملها تتعلــق بمعـــاني المفـــاهيم والكلمات، فضلا عن إعادة التصور العقلي لعلة الاكتئاب ويعمل كل المهتمـــين بالنظريات والتنظير عـــلى إماطة اللثام عن وجهة نظـــرهم بتحديـــد الوســـيلة المتبعة في اقتراحاتهم وأرائهم، ثم يردونـــها في الأخير إلى نســـق التصـــنيف التقليـــدي (عزت الطويل، 1985).

على سبيل العرض لا الحصر، نذكر بعض التصنيفات التي ذكرها بعض الباحثين والتي تبين لنا حجم الأنساق الموجودة و الدالة على الكثرة، فمثلا يذكر وليم الخولي (1976) أن هناك ثلاثة أنواع من الاكتئاب وهي :

1.5 . الاكتئاب التفاعلي : Reactive والذي يظهر كرد فعل لظروف خارجيـــة مثل موت شخص عزيز، أو فقدان ثروة، أو تهديد بفضيحة فيقال أنـــه اكتئـــاب خارجي المنشأ Exogenous فهو بمثابة رد الفعل الطبيعي للعوامل البيئية، وهو النتيجة السيكولوجية المنطقية للظروف المسببة له، ولهذا يسمى أيضا بالاكتئاب النفسي المنشأ Psychogenic .

2.5 . حالات انقباض أو اكتئاب راجعة إلى عوامل نفسية فردية غير شعورية يحس فيها المضطرب بالحزن والأسى وغيرها، دون أن يدري مصدر إحساسه الحقيقي وتعرف بالاكتئاب العصابي Neurotic .

3.5 . حالات اكتئاب ليس لها سبب شعوري أو غير شعوري يفســـرها ولكنهـــا راجعة إلى اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، فيوصف الاكتئـــاب بأنـــه داخلي المنشأ Endogenous وهذا هو الاكتئاب الذهان الحقيقي الذي نلاقيه فـــي المصابين بالأمراض العقلية الاكتئابية ولدى بعض أصحاب الشخصية المتراوحة المزاج Cyclothymic .

ولنبين أيضا حجم التصانيــف الموجودة والمعمــول بهــا فــي مختلــف التشخيصات، نذكر تصنيف واتــس الذي وقف على أربعة أنواع وهي :

1.2.5. الاكتئاب تفاعلي : Reactive وهو من أشهر أنواع الاكتئاب ويرجع إلى ظــروف الحياة اليومية، فعندما تتراكم المآسي الواحدة تلو الأخرى أو عنــدما يظهر توتر مخالف للذي عهدناه فإن اضطراب الاكتئاب يظهر.

2.2.5. الاكتئاب الراجع إلى علة جسمية Symptomatic Depression حيث أن بعض الاضطرابات البدنية هي التي تسبب هذا النوع من الاكتئاب، فهــو قــد يحدث نتيجة أي مرض أو إصابة للمخ، وهو يأتي مصاحبا لمــرض عصــبي معروف باسم باركينسون Parkinson ويعقب عادة الإصابة بفيــروس التهــاب الكبد الوبائي ويمتد الشعور بالكآبة لمدة أشهر بعــد الشــفاء مــن مثــل هــذه الأمراض، كما يمكن أن يحدث هذا النوع من الاكتئاب عن طريق التسمم مــن المعادن الثقيلة مثل الزئبق والرصاص، كما أن نقص بعض عناصــر الغــذاء خاصة مجموعة فيتامين ب B يمكن أن تجعل الفرد متأثرا سلبا بالنقص ويشعر بالكآبة.

3.2.5 . الاكتئاب الأولي الداخلي المنشأ : Primary Endogenous Depression وهو النوع الثالث من الاكتئاب، وربما يكون أكثرها إثــارة، فهــو اضــطراب بالفعل في حد ذاته مثل الحصبة Shingle أو قرحة المعدة Gastric Ulcers أو النقرس Gout وله عدة أسماء مثل الاكتئاب الذهان Psychotic أو ذهان الهوس والإكتئاب Manic - Depression أو الاكتئاب السطحي الداخلي المنشــأ Plaine Endogenous Dépression أو الميلانخوليا Melancholia . يعد هذا النوع من الاكتئاب نوعا نادرا ويحدث عادة من اختلال العمليات الكيميائيــة فــي الــخ، ويسمى بعض منها الموصلات العصبية Neurotransmiter حيث أنهــا تســاعد

على إمرار الرسائل خلال النسيج العصبي، وإذا نقصت هذه المواد فإن المعلول يشعر بالاكتئاب وإذا زادت فإنـــه يشعر بالبهجة والمرح .

4.2.5 . الاكتئاب الثانوي الداخلي المنشأ Secondry Endogenous Depression

وهذه الحالات الخطرة من الاكتئاب نادرة اليوم، لأن الشخص المعلول سرعان ما يتم علاجه فلا يصل إلى المرحلة الصعبة المتطورة من الاكتئاب .

من خلال ما أسلفنا نرى وضع الرأي النهائي والمعمول به في العيادات النفسية والذي يعتبـــر من أكثر التصانيف التي حظيت بالموافقة والإجماع بـــين الباحثين في مجال الصدمات النفسية، هذا التصنيف يقوم على تقسيم الاكتئـــاب إلى :

3.5 . الاكتئاب العصابي :

يعتبر أكثر انتشارا من الاكتئاب الذهان، والوراثة فيه ضعيفة التأثير، كما أن شخصية المعلول قبل الاضطراب واهية، متقلبة المـــزاج وغيـــر ناضـــجة انفعاليا، والاكتئاب العصابية يحدث في أي سن ومن المحتمل وجـــود نــــوبات سابقة للاضطراب، ويتميز كذلك بوجود أسباب بيئية. أما من حيـــث أعراضـــه فنجدها أقل شدة من الاكتئاب الذهان علاوة على أن المعلول مستبصر بحالتـــه وملازم للواقع، وتكون أسوأ الفترات لديه مساءا، مع قلة التوهم المرضي والعلل البدنية، بالإضافة إلى أنه يصعب عليه النوم في أول الليل، واحتمال الانتحار فيه قليل والعلاج يتجه للناحية النفسية مع بعض مضادات القلق والاكتئاب الكيميائية، بالنسبة لمصير المضطرب تشفى الأعراض في فترة تتـــراوح بـــين شـــهرين وأربعة شهور ويلعب الزمن دورا قويا في نسيان الصدمة المســـببة للاكتئـــاب (كوثر رزق، 1983) وعادة ما يصيب الاكتئاب العصابي الفرد بعد فقده لشخص أو شيء عزيز، أو تعرضه لموقف يستدعي الحزن، إلا أن الحـــزن النـــاتج لا يزول أو تخف حدته بمرور الوقت، كما يحدث للأشخاص الأسوياء لكن يظـــل

في شدتـــه مع مرور الزمن بل قد يتزايد، ونشير إلى أن الاكتئاب العصـــابي لا تصاحبه هذيانات ولا هلاوس (فرج طه، 1989). يقر عزت الطويل (1985) أن الاكتئاب العصابي عادة ما يكون المعتلون به متذمرين، ينتابهم الحزن واليـــأس وفقدان الشهية للطـــعام واضطراب النوم، كما أن هذا النوع مـــن الاكتئـــاب لا تصاحبه تهيؤات أو أوهام، إضافة إلى أن المعتل يستطيع القيام بعمله و يتحمـــل مهامه وأعماله ولكن بشيء من الصعوبة.

4.5 . الاكتئاب الذهاني :

يتميز الاكتئاب الذهاني بأنه أقل انتشارا من الاكتئاب العصابي وللوراثة فيه دور قوي، شخصية المضطرب في هذا النوع من الاكتئاب دوريـــة تتســـم بتغير في المـــزاج من الاكتئاب للمرح مع تكوين جســـمي مكتنـــز، والتـــاريخ العائلي المرضي موجود في معظم الحالات . هذا النوع من الاكتئاب عادة مـــا يظهر بعد سن الثلاثين مع كثرة احتمال وجود نوبات ســـابقة للمـــرض . أمـــا بالنسبة للأسباب فهي داخلية، كما تعتبر أشد الأوقات بالنسبة للمعلول صـــباحا، وتتميز أعراض هذا النوع بشدتها وكذا البعد عن الحقيقة، مع ورود توتر شديد وأحيانا ذهول أو هياج اكتئابي مع هذيانات واختلال الآنية وتأنيـــب الضـــمير والشعور بالذنب وعدم الأحقية في الحياة. يغلب على أعراض الاكتئاب الذهاني توهم العلل واضطرابات النوم، فالمضطرب يصحو في آخر الليل حوالي الثالثة أو الرابعة صباحا، والانتحار أكثر شيوعا في الاكتئاب الذهاني، أمـــا بالنســـبة للعلاج فيتجه للناحية الكيميائية والكهربائية (كوثر رزق، 1983).

يعتبر الاكتئاب الذهـــاني أيضا من أكثر الأنواع خطورة حيـــث يشـــعر المعتل باليأس التام والبؤس والعجز والتفاهة وعدم الأهمية، كما تراوده فكـــرة الانتحار بين الحين والآخر وغالبا ما تزداد الحالة سوءا عندما يشعر المـــريض بتفسخ أعضاء جسده لـــذلك عادة ما يكون خائر القوى وتظهر عليه درجـــات

مرتفعة من اليأس والشعور بعدم القدرة على تحمل المسؤلية نحو نفسه ونحــو الآخرين المقربين إليه، ويداخله شعور بعدم استحقاقه أي شــيء وبــذلك يفقــد شهيته للطعام ويجد صعوبة في النوم وينتهي بالهزال العام في آخر المطاف ... (عزت الطويل، 1985) .

6. الاتجاهات النظرية المفسرة للاكتئاب :

تحمل كلمة الاكتئاب مدلولا متشعبا ، فقــد اســتعملت الرســوم البيانيــة المتنوعة في تصنيف أنواع الاكتئاب وتعرضت هي الأخرى لأراء مختلفة أدت في النهاية إلى الحيرة والارتباك، ومن ثم حدث تعارض في الآراء والاتجاهات، فنظرة كل من الطبيب النفسي والباحث التنظيري وعالم النفس يختلف كل منهم في نظرته نحو تفسير الاكتئاب، وتؤدي هذه المحاولات التفسيرية التحليلية إلــى كشف الصراع داخل الجماعات المتجانسة نسبيا إلى حــد كبيــر، لــذلك يقــر مندلسون أنه ليس هناك إجماع في الرأي بشأن الظاهــرة مجال الوصف، كمــا أنه ليس هناك اتفاق جماعي في الرأي بشأن الجو النفسي الداخلي المتضمن هذا التعبير، كما لا يوجد إجماع خاص بعلاقة الاكتئــاب بالحــالات الســيكولوجية المماثلة، ولقد بدت الجهود التي بُذلت في السنوات الماضية لتفسير وتوضيح هذا المفهوم متشعبة، غير أنها وصلت في النهاية إلى ضم الاكتئاب وجعله ضــمن الاضطرابات النفسية (عزت الطويل، 1985).

دُرس الاكتئاب من عدة زوايا مما جعل إتحاد الرأي فيه شيئا يكاد صعبا، وهذا لاختلاف وجهات التناول والإطار النظري ومقومات التفسير، فمثلا علماء الوراثة يرون أن الاكتئاب اضطراب في المزاج يرجع إلى خلل وراثي ينتقــل من الآباء إلى الأبناء بسبب اختلالات بيوكيميائية في الدماغ، في حين يعرفــه الأطباء العقليون بالاضطراب العقلي ذو المنشأ البيولــوجي اعتمــادا عــــلى دراسات الوراثة والبيوكيمياء، أما المحللين النفسانيين فيعرفونــه كاضــطراب

دينامي في أعماق الشخصية، وينظر إليه السلوكيون على أنه تعلم خاطئ، يمثل استجابة غير متكيفة لمثير محيطي واضطـراب في السلوك الإجرائـي، أمـا المعرفيون فعرفوه بأنه اضطراب يبصم النظـام المعرفـي الخـاص بأفكـار العميل واعتقاداته (جميلة بلعزوق، 1991).

بسبب هذه الاختلافات القائمة بين المنظـرين والبـاحثين سـنحاول التعـرض بشيء من التفصيل لأهم النظريـات التـي حاولـت تفسـير هـذا الاضطراب بغرض إعطـاء موجز لأهم الأسباب التي يُعتـقـد أنهـا وراء حالات الاكتئاب .

1.6 . الاتجاه البيولوجي :

أكد القدماء على وجود علة عضوية وراء ما سموه بالسـوداوية، فمنـذ القرن الخامس قبل الميلاد وصفها القدماء على أساس أنها حالات تعـود إلـى عصارة الحويصلة المرارية التي تكون مادة عند زيادتها تتبخر مسببة السـواد في العقل والأفكار وذلك بتأثيرها السام على المخ . وقد اهتم قدماء المصـريين في حوالي سنة 1500 قبل الميلاد بالاكتئاب واعتبروا أن أسبابه عضوية ترجع إلى مرض في الأوعية الدموية أو وجود صديد أو فضلات أو سـم (كوثـر رزق، 1983).

ويمكن رؤية النظرية البيولوجية من خلال :

1.1.6 . الوراثة و الاكتئاب :

للوراثة دور هام في تسبب مرض الاكتئاب وهذا أمر ثابت بات لا جدال فيه فكلما كانت الإصابة في الأسرة محصورة في الأصـول (القرابـة) تزايـد احتمال حدوث الاكتئاب في أحد أعضاء الأسرة ذاتها وفي نسله، ويرى سـلاتر Slater أن الجين الصـبغي الوحيـد المسـيطر (السـائد) Single Autosomal Dominant Gene لـه علاقـة بالـذهان الاكتئـابي الهوسـي

وهناك من يرى أن انتقال مرض الاكتئاب يتم Manic Depressive Psychosis إرثيا عن طريق الجينات المتعددة Polygenes، فـالظهور البـاكر لمـرض الاكتئاب معناه أن نوعه مشبع بالعامل الإرثي، بينما يكون مثـل هـذا التشـبع الإرثي ضعيفا إذا ما ظهر الاكتئاب بعد سن الخمسين، من ناحية أخرى يـرى بعض العلماء أن تركيب الشخصية يلعب دورا هاما فـي الإصـابة بالاكتئـاب فالشخصية دورية المزاج Cyclothymic تتصف بتربة نفسـية مهيـأة للإصـابة بالذهان الهوسي الاكتئابي (محمد الحجار، 1989) .

2.1.6 . العوامل البيوكيميائية الحيوية :

أ – الأمينات الدماغية :

يرى كـرايـن **(**1975**)** Kraines أن النتائج العلاجية المثمرة بالأدوية المضادة للاكتئاب وبالصدمة الكهربائية وأيضا تأثير بعـض الأدويـة المبـددة للأمينات الـدماغية مثـل " رزربـين، ألفاميثيـل دوا، وحاصـرات مستقبلات بتا Beta Blockers " وغيرها تؤكد دورا العوامل الحيوية في حدوث متلازمة الاكتئاب، وقد دلت التقنيات الدوائية – العصبية أن التغيرات التي تطرأ على تصـنيع الأمينات الدماغية ومستوياتها وإستقلاباتها (دوبامين، سيروتونين، نورأدرينالين، أحادي أمين أكسيداز) أي مواد النقل العصبي في مناطق الاشتباك للخلايا العصبية Synapses، هذه التغيرات يفترض أنها تلعـب دوراً هامـا فـي حدوث الاكتئاب، ويمكن تحري هذه التبادلات الأمينيـة مـن خـلال تحليـل مستقلباتها في البول والدم وفي السائل الشوكي (محمد الحجار، 1989).

ب – هرمونات الغدد الصم :

تلاحظ اضطرابات المزاج في خلل وظيفة الجهـاز الغـدي مثـل مـرض أديسون، متلازمة كوشنيك Cushing والوذمة المخاطيـة Myxoedema وما إلى

ذلك، ويلاحظ أيضا الاضطراب الاكتئابي في أعقاب الـولادة نتيجـة الهبـوط الشديد في مستويات الكورتيزول (الذي تفرزه قشرة الكظر) وترتفـع ارتفاعـا مـلحوظا في الاكتئاب، بينما تنخفض هذه النـسبة بعد الشفاء وهذا مـا أثبتـه جيبون Gibbon (1962) .

بالمقابل وجد ساشار Sachar (1970) وزملاؤه ما ينـاقض مـا عـرض سابقا، في معاينتهما لبعض الدراسات أين مستويات الستيروتيدية القشرية سوية، بل وحتى منخفضة في الاضطراب الاكتئابي، ومع ذلك ورغم وجود جدال حيال هذه النتائج المتضاربة، هناك إجماع من قبل معظم الباحثين على وجـود فـرط النشـاط القشري الكظري السيروتيدي عند مجموعـة المصـابين بالاكتئـاب وارتفاع مستويات الكورتيزول (محمد الحجار، 1989) .

أكدت كـوثر رزق (1983) أن العوامل البيولوجية لها دور فعـال فـي إحداث الاكتئاب وتوصلت في أبحاثها بمستشفى قصر العيني إلـى الملاحظات التالية :

1 – تزايد أعراض الاكتئاب أثناء الطمث وفترة ما قبل الطمث، وتشكو النسـاء من التوتر الداخلي والصداع والانتفاخ وسهولة التهيج العصبي مـع حساسـية الانفعال وكثرة البكاء، هذه الفترة يصاحبها تغيرات واضحة فـي الهرمونـات الجنسية .

2 – يتوقف الطمث أو يصاب باضطرابات شديدة أثناء الأمـراض الانفعاليـة خصوصا أثناء نوبات الاكتئاب .

3 – تبدأ وتزيد وتشتد الأمراض الاكتئابية فـي سن اليأس عندما يتوقف نشـاط الهرمونات الجنسية .

4 – يظهر الاكتئاب ويكون مصاحبا لمرض نقص إفراز الغدة الدرقية أو الغدة فوق الكلوية.

جـ – الشوارد :

من المعروف أن كمون العمل والراحة للخلايا العصبية والعضلية تسيطر عليها مستويات تركيز الصوديوم والبوتاسيوم وغيرهما من الشـــوارد، ولهـــذه الشوارد أيضا تأثير على إستقلاب مواد النقل العصبية Neurotransmitter، وقد أثـــبت كوبن وجماعته في دراسة لهم (Coppen et al (1966 علـــى وجـــود اضطراب في الصوديوم والبوتاسيوم في الاكتئاب الذهاني، أي أن الزيادة فـــي الصوديـــوم تكون مـــرتفعة داخل الخلايا، ويستوي الصوديوم بعد الشفاء أمـــا البوتاسيوم فتنخفض نسبته داخل الخلايا (نتيجة لزيادة الصوديوم) إلى مادون المستوى السوي . بالنسبة للكالسيوم وجد فلاش (Flach **(**1970 تناقصـــا فـــي إفراز البول للكالسيوم عند المصـــابين بالاكتئاب خلال فترة الشـــفاء (محمـــد الحجار ،1989) .

2.6 . الاتجاه التحليلي :

ورد في الموسوعة النفسية للطب العقلي وعلم النفس والتحليل النفسي أن علماء مدرسة التحليل النفسي يعتقدون أن هناك عوامل تهيئ شخصية الطفل كي تكون مستعدة لإظهار المرض عند الكبر ومن ضمن هذه العوامل عاملا الخوف من الوحدة والقلق، فإذا ما زاد أي منهما أو كلاهما عن الحد المناسب أو حـــدث تكرار بشكل مستمر في حياة الطفل تنمو عند الكبر وتُظهر أعراض اضطراب الاكتئاب. فشخصية الطفل الذي نشأ ولديه شعور بالخوف من الوحدة والقلق من امتدادهـــا عادة ما يخاف من فقد موضوع الحـــب (الأم التـــي تتركـــه مـــثلا) بالإضـــافة إلى ذلك فهو ينمي مشاعر واتجاهات عدوانية تجـــاه الـــذات (عبـــد الحكيم العفيفي، 1990**)**. وتظهر فـــي التحليل النفسي إشارة واضـــحة إلـــى وجود ثنائيات من القوى المتعارضة، وقد تحل قوى محل قوى أخـــرى، وقـــد يحدث الاكتئاب في حالة ثنائية الوجدان Ambivalance ونجد أن الإنسان فـــي

أحوال كثيرة يبحث عن الحب والبناء وأحيانا نراه مدفوعا إلى الكراهية التي قد تتطور إلى التدمير والهدم (سلوى عبد الباقي، 1992) .

يتضح من خلال استعراض النظرية التحليلية للاكتئاب أن الوضع الأوديبي لدى الاكتئابيين تغمره الصراعات قبل الأوديبية وخاصة ذات الطابع الفمي، كما أن الاكتئابيين علاقتهم بالموضوع تتسم بالنرجسية إلى حد بعيد، أي أن الاكتئابي لا يحب الموضوع في ذاته ولذاته أو لما هو في الواقع، بل إنه في حاجة إليه لكي يحتفظ باتزانه الانفعالي من حيث تنظيم دفاعاته الغريزية من حب وعدوان، ومن أجل ذلك فهو في حاجة إلى أن يكون الموضوع عظيما قويا، قادراً لا يخطئ، لا تشوبه شائبة، فإذا ما اختفى الموضوع فالنتيجة واحدة بالنسبة للاكتئابيين إذ يشعرون أنهم خسروا أهم جزء من أنفسهم فيجدون أنفسهم وجها لوجه أمام عدوانيتهم المتفجرة (فيصل الزراد، 1984) .

بعد هذا العرض السريع والعام لنظرية التحليل النفسي حري بنا أن نعود لأراء فرويد زعيم المدرسة وبسطها بشكل مفصل والتعرض لما أتى به الرواد المنظرين وهذا على النحو التالي :

1.2.6 . أعمال فرويد : الحداد والميلانخوليا(1917) :

في هذا الكتاب يلخص فرويد أولا التشابه بين الميلانخوليا والحالات الطبيعية للحداد، ويرى أن كلاهما حالة نفسية مؤلمة يصاحبها فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي، عدم القدرة على الحب وكف على مستوى كل الأنشطة، كما أضاف أن الظروف المسببة للحداد والميلانخوليا تكون ضئيلة وغير ظاهرة. ثم لاحظ فرويد وجود نشاط دينامي داخلي ناتج عن فقدان شخص عزيز، ويترتب عن هذا الحداد عملية الإصلاح وهذا النشاط يتمثل في عمل الحداد الذي يعتبر إستراتجية نفسية تظهر عند فقدان الموضوع المتمسك به، والذي يقود إلى تنشيط الانفصال واختفاء الألم الناتج عن فقدان الموضوع، وهو عبارة عن ثمرة عمل

داخلي هدفه قتل الموت في حد ذاته، وعندما يعجز الشخص عن القيـام بهـذا العمل فإنه يغرق في بحر الاكتئاب (Olie,1983).

بعد ذلك فسر فرويد الاكتئاب من خلال نظريته الشهيرة التي طرحها في مقالته " الحداد والميلانخوليا " أو " التفجع والميلانخوليا " والتي يرى فيهـا أن الاكتئاب ما هو إلا تفاعل قائم بين الدوافع والعواطف، وقـارن بـين الحـزن والاكتئاب وافترض أن الأخير عبارة عن فقدان للأنا Ego Loss على مستوى الشعور، بينما في الحزن يكون الفقدان شعوريا والأنا تكـون سـليمة (محمـد الحجار، 1989). ثم أوضح بإسهاب الآلية النفسية اللاشعورية للاكتئاب واعتبر أن الفرد عندما يفقد إنسانا عزيزا يحزن عليه ويغضب منه لتركه إياه وحيـدا، وبذلك يلوم فقيده ويكرهه لما فعله به، غير أنه لا يستطيع التصريح بهذا الكـره والعداء فينتج عنه لوم وتوبيخ الـذات، وعليه يكمن سبب الاكتئاب في العـداء المكبوت (فخري الدباغ، 1977).

يلخص مصطفى زيـور (1975) العوامل المثيرة للاكتئاب وهذا حسـب المنظور التحليلي في عاملين أساسيين هما :

1 – تغير في التوازن الخاص بالدفاعات الغريزية ويعني بها الحب والـعدوان وكذلك تغير في ميكانزمات الدفاع .

2 – تغير كبير في علاقة المكتئب مع الموضوع المحـبوب (كـوثر رزق، 1983).

2.2.6 . أعمال أبراهام Abraham :

ظهرت أولى أعمال أبراهام حول الميلانخوليا عام (1912) وكانت سابقة لأعمال فرويـد، وفي البداية كان أبراهام يعتقد أن سر الحالات الاكتئابية يكمن في الاتجاهات السادية المكبوتة (القابلية للكراهية ينتج عنها فقدان القدرة علـى الحب) والميلانخوليا تُحدث انعكاسا سلبيا على المحيط، ومن هنا يشير أبراهام

إلى أننا نجد أنفسنا أمام حدود البرانويا، حيث يكفينا عكس هذا الإسقاط على المحيط والمجتمع لنحصل على التركيبة الأساسية للاضطهاد (Pichot,1987).

يذهب (محمد الحجار، 1989) إلى أن أبراهام يفترض أن مشاعر العدوان والكراهية المدمرتين للقوة العاطفية تنجمان عن رغبات جنسية مكبوتة غير مشبعة وهذه تسبب الاكتئاب، فالعدوان نتيجة الإسقاط المعكوس أي نحو الذات، يخلق مشاعر الإثم والانتقام والتهيج. كما أكد أبراهام أن الاكتئاب راجع للتثبيت في المرحلة الفمية Oral Stage بفعل الاستعداد الإرثي للشبق الفمي Oral Erotism وخيبة أمل الطفولة في الحب.

3.2.6. أعمال ميلاني كلاين Melanie Klein :

تمثل الميلانخوليا بالنسبة لكلاين Klein مرحلة أساسية في النمو السيكولوجي لكل فرد، وتبرز الوضعية الاكتئابية بعد تعرض الطفل لتجربة فقدان الحب الأول – شخصية الأم – وهي المرحلة الثانية من السنة الأولى للحياة والطفل يستطيع التعرف على الأم كموضوع كامل، هذه الأم تكون في بعض الأحيان طيبة، حاضرة ومحبة، وأحيانا غائبة قبيحة ومكروهة، ومن هنا يدرك الطفل أن الشخص نفسه – الأم – والذي هو بصدد إدخالها كموضوع كامل والتي يوجه لها إحساسات متناقضة، والشيء نفسه بالنسبة لأناه الذي يعتبر أنا كاملا، ثم يتفطن إلى أن الشخص نفسه – أي هو – يحب ويكره في نفس الوقت شخصا واحدا وهي الأم، وهنا يخشى الطفل بشدة من أن تدمر نزواته الهدامة الشخص الذي يحب.

وتضيف ميلاني كلاين أن في الحالات الاكتئابية يكون الفرد غير قادر على إدخال موضوع حبه ويحميه من نزواته العدوانية وبالتالي يشعر دائما أنه سبب الآلام التي يعاني منها هذا الموضوع، وعند وفاة أو فقدان الشخص

المحبوب يؤكـــد له أن نزواته العدوانية قد تغلبت(Pichot ,1987) مـــن جهتـــه يؤكد محمد الحجار (1989) أن ميلاني كلاين تعزو الاكتئاب إلـــى اضـــطراب العلاقة القائمة بين الأم والولد.

في الأخير يمكن أن نشير إلى أن مدرسة التحليل النفسي ترى أن طفولـــة المكتئب تفتقر إلى الحب والدفء العائـــلي وهذا من شأنه أن ينمي لديه الشـــك وسوء الظن في عواطف الآخرين نحوه، ووفـــقا لهـــذا الرأي فالاكتئاب تعبير عن تناقض وجداني Ambivalance إذ أن المكتئب يريد الحب لكنه لا يؤمن أبدا أنه محبوب من أي شخص، ويؤكد المحللون النفسانيون علـــى جانـــب عقـــاب الذات Self Punishing في الاكتئاب ويقترحون تفسيرات عديدة لتوضيح سبب إيذاء الشخص لنفسه، فأحيانا يكون ذلك كعقاب نتيجة أوهام أو أفعال يظنها شرا أو إثما، وفي أوقات أخرى يرى أنه إذا عاقب نفســـه وظهر في صورة البائس التعيس فإن هذا يجعل غيره لا يسيء إليه، ففي هذه الحالة تكون معاقبة الذات وسيلة لحماية الذات وأيضا توكيدا للاستقلالية وللســـيطرة علـــى الـــذات Self Mastory . ويرى البعض الأخر (المنظرين التحليليين) أن الاكتئاب يحل محل العدوان Agression فالمكتئب يكبت غضبه أو كراهيته لأنه لا يستطيع أن يعبر عنهما شعوريا، لكن عن طريق تحويل أو إزاحة عداوته Hostility ضد نفســـه فإنه سوف يتخلص من إمكانية تعرضه للعقاب (فتيحة حمادي، 1993).

3.6 . الاتجاه السلوكي :

تنطلق هذه النظريـــة من المبادئ التي توصل إليها بافلوف عن المنعكس الشـــرطي Conditional Reflex والتي خلصت إلى أن الإنسان يتعلم كـــل أنواع السلوك لارتباطها في ذهنه بمثيرات معينـــة، لـــذلك تـــذهب المدرســـة السلوكية في تفسيرها للاكتئاب مذهبا آخر إذ تعتبره كخبرة سلبية مؤلمـــة مـــر

بها الإنسان منذ صغره ولم يستطع أن يحلها أو يزيلهـــا من عقله (عبد الحكـــيم العفيفـــي، 1990) .

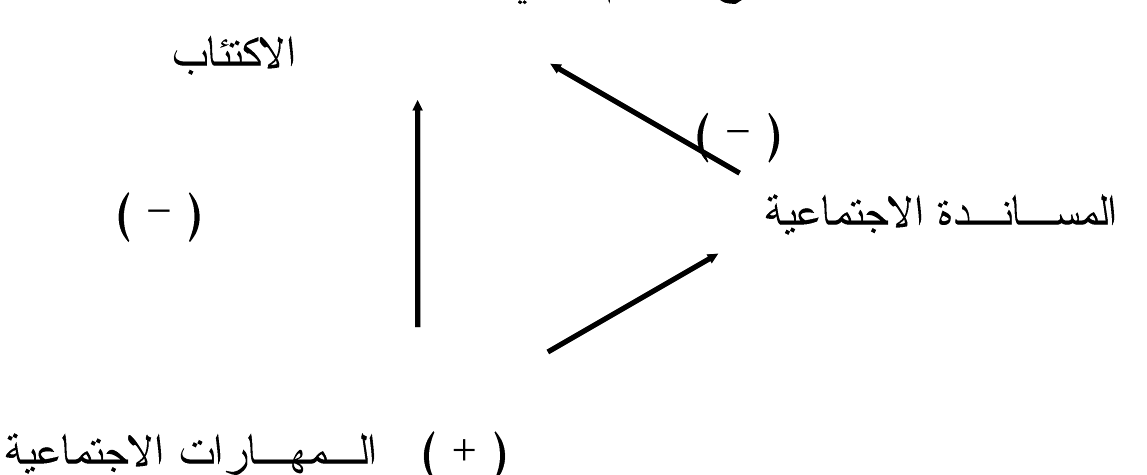
ترتكز النظريـــة السلوكية على بعض المفاهيم الأساسية خاصة مفهـــوم التدعيم، ودخلت ظاهرة الاكتئاب ميدان علم النفس التجريبي مع بدايـــة العقـــود الماضية، ويعتبر لوينسون Lewinsohn ونستاين Wenstein وشو Show أول من وضع الأسس التجريبية لظاهرة الاكتئاب، وهم يعتقدون أن الإباء والأمهات هم الذين يقومون بشكل غير مباشر بتعليم أبنائهم خبرة الاكتئاب (ســـلوى عبـــد الباقي، 1992).

وقد حاول المعالجون السلوكيون في السنوات الأخيرة تفسير الاكتئـــاب علـــى ضوء المفاهيم الأساسية، ويفترض لازاروس Lazarus أنـــه بالإمكـــان تفســـير الاكتئاب وفقا لنظرية التعلم والإشـــراك الســـلوكي Behavioral Conditioning والتي ترى أن الاكتئاب في طبيعته يرجع إلى وظيفة المعززات الناقصة وغير الكافية (محمد الحجار، 1989). وتعتبر النظرية السلوكية أن غيـــاب عناصـــر التعزيز في المحيط عنصر أساسي في تطوير وتثبيت الاكتئاب، أما الأعـــراض المصاحبة له فهي استجابات شرطية ناتجة عن ظهور ميكانزم الانطفاء بســـبب انخفاض شدة التعزيزات الإيجابية أو بسبب شدة العقاب.

يؤكـــد لوينســـون وهوبرمـــان (1982) Lewinsohn , Hoberman أن المعارف الاكتئابية Cognitions Depressives كالتـــــشاؤم، التقـــدير الـــواطئ للذات، المشاعر السلبية المتنوعة كلها تؤدي إلى الألم والاكتئاب، كما يريان أن المعارف الاكتئابية تتضح من خلال المعاش الذي يعانيه المكتئب والذي يظهـــر من خلال عباراته " أنا مريض، لست في المستـــوى، أنا سيء الحظ ..." كـــل هذه الأفكار تؤدي إلـــى السلـــــبية والخضـــوع passivité والشـــعور بعـــدم الجدوى sentiment de l’inutilité . كما يفترضان أن الاكتئاب مـــا هـــــو إلا

نتيجة لقصور المهارات الاجتماعية وليس سببا لها، ويعتقدان أن الاكتئاب يحدث بسبب نقص أو عدم التدعيم الإيجابي للاستجابة الشرطية، وتُعد البيئة الاجتماعية للشخص واحدة من أهم مصادر التدعيم والمساندة، ونظرا لأن لـــويـــنـــســـون (1982) يعرّف المهارات الاجتماعية بأنها القدرة على انتزاع التدعيم الإيجـــابي من الآخرين، فإنه يقترح في نموذجه أن العجـــز والقصـــور فـــي المهـــارات الاجتماعية لـــدى الشخص تؤدي إلى نقص أو قصور المساندة الاجتماعية مـــن قبل الآخرين، والذي يسبب بدوره الاكتئاب لدى الأشـــخاص الـــذين تعـــوزهم المهارة الاجتماعية.

أعاد لوينسون (1982) وآخرون تفسير العلاقـــة بين المهارات الاجتماعية والاكتئاب بطريقة أخرى، حيث ذكروا أنه من المحتمل أن العجز في المهارات الاجتماعية يسبب نقصا في مهارات المواجهة مع ضغوط وأحداث الحياة، وربما يـــؤدي ذلـــك إلى زيادة التوتر، وكل منهما في النهايـــة يزيـــد مـــن القابليـــة للاكتئاب، ويمكن تمثيل النموذج بالرسم التالي :



شكل رقم (09) :العلاقـــة بين المهارات الاجتماعية والاكتئاب

حيث تدل الإشارة السالبة إلى التأثير السالب، بينما الإشارة الموجبة إلـى التأثير الإيجابي، ويرى لوينسـون (1982) بـذلك أن ضـعف المهـارات الاجتماعية يؤدي مباشرة إلى الاكتئاب حيث تدل الإشارة واتجاه السهم علـى ذلك) كما تؤدي بطريقة غير مباشرة إلى نفس النتيجة مـن خـلال اختـزال المساندة الاجتماعية أو التدعيم الإيجابي من الآخرين (حيث يفترض أن هنـاك علاقة موجبة بين المهارات الاجتماعية والمساندة الاجتماعية، وعلاقـة سـالبة بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب) .

من خلال ما سبق يظهر أن المدرسة السلوكية تفسر الاكتئاب على أساس نظريات الإشراك الكلاسيكي أو الإشراك الإجرائي أو التعلم الاجتماعي، وفـي الإشراك الكلاسيكي فإنه لما كان من شأن مثيـرات معينة أن تولّد اسـتجابات انفعالية فإن الأفراد يتجنبون مواجهة هذه المثيرات، ويقـر ولبـي (1971) Wolpe أن المستويات الزائدة من القلق تتحول بشكل مباشر إلى اكتئاب، أمـا في الإشراك الإجرائي فإن المدافعين عنه يرون أن نوع ومعدل الأحداث البيئية هي العوامل الأساسية للعلة، لذلك نجد أن فيرستير يرى أن الاكتئاب قد ينـتج عن أحد المواقف الثلاثة الآتية :

1 – معدلات منخفضة من التدعيم.

2 – معدلات عالية من العقاب.

3 – استبعاد المثيرات المميزة لتنتج الاستجابة (التدعيم) أي الإطفاء.

يورد محمد الشنـاوي (1998) طريقة تناول ريـهـم (1977) Rehm الذي وضع نموذجا لتفسير الاكتئاب معتمدا على ضبط النفس وعلـى أسـاس المفهوم الذي أعده كانفر (1970) Kanfer ويعدد ريهـم Rehm فـي نموذجـه النواقص الخاصة بضبط الذات في ثلاثة جوانب هي :

1 – مراقبة الذات .

2 – تقييم الذات .

3 – تعزيز الذات .

بالنسبة لمراقبة الذات فإن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب يكونون :

1– منتبهين بشكل انتقائي للأحداث السالبة (البيئية).

2 – منتبهين بشكل انتقائي إلى النتائج المباشرة (الفورية) أكثـــر مـــن النتـــائج المؤجلة. أما بالنسبة للتقويم الذاتي فهم غالبا ما يكونون :

1 – مخفقون في استنتاج الأسبـــاب من داخلهم.

2 – يضعون معايير قاسية في تقويم أنفسهم.

أما بالنسبة للتعزيز الذاتي فلديهم :

1– معدلات منخفضة من سلوكيات تدعيم (تعزيز) الذات.

2 – معدلات عالية من سلوك عقاب الذات.

تؤكد فتحية حمادي (1993) أن سوء الظن أو عدم الثقة Mistrust يسبب الاكتئاب كما ترى أن السلبية Passivity من الأعراض البارزة في الاكتئاب، إذ غالبا ما يكون المكتئب شخصا متشائما بشأن قدرته على التأثير الإيجـــابي فـــي البيئة المحيطة به، فيعوزه دافع المنافسة والمثابرة فيصاب بالاكتئاب .

❖ **نظرية ألبرت باندورا : Albert Bandura**

يركز باندورا في تفسيره للاكتئاب على إدراك الفرد لفعاليتـــه الذاتيـــة Self Efficacy وتحكّمه في عواقب الأمور فهو يرى أن تقدير المرء لفعاليتـــه الذاتية، أي مدى كفايته وفعاليته في مواجهة المواقف الضـــاغطة، أو الأحـــداث التي يمكن التنبؤ بنتائجها يمكن أن يكون مؤشرا كافيا للتنبؤ إما بصموده أمـــام خبرات الفشل ومدى مثابرته في تحقيق الإنجاز أو بمـــدى اكتئابـــه. فالكفايـــة والفعالية الذاتية وتناقص التدعيم الإيجابي والأحداث السارة وقدرة المرء علـــى مواجهة المشكلات والتغلب عليها وتقدير الذات والمعارف والأفكار السلبية عن

الذات والتقييم السلبي لها وللمواقف والمستقبل وتعميم الفشل والعجز وإرجاع الفشل إلى عوامل ذاتية ثابتة مع فقدان التحكم، كلها متغيرات نفسية ومعرفية مرتبطة بالاكتئاب سواء كمسبقات أم كمترتبات عليه ومصاحبات له (ممدوحة سلامة، 1991). ويرى أيضا أن السلوك والعوامل الشخصية الداخلية، بما في ذلك المعتقدات والأفكار والتفضيلات والتوقعات والإدراك الذاتية والمؤثرات البيئية، كلها تعمل بشكل متداخل فكل منها يؤثر على الآخر ويتأثر به.

وبذلك من وجهة نظر التعلم الاجتماعي فإن الناس لا يندفعون ذاتيا بفعل تأثير القوى الداخلية ولا يُدفعون قهرا بفعل المثيرات البيئية فالوظائف النفسية يمكن شرحها أفضل في شكل تفاعل تبادلي مستمر بين الشخص والمحددات البيئية، ورغم أن باندورا يعتقد أن للبيئة قدرة معتدلة على إظهار وتعديل السلوك البشري إلا أنه لم يعتبرها السبب الأول المباشر لسلوك كما يعتقد سكينر.

يقر باندورا أن السلوك يتأثر بالمعايير المتعلمة التي حددناها لأنفسنا ويرى أنه لو كانت تصرفاتنا تحددت بناءا على التدعيم أو العقاب الخارجي فقط، فإن الناس سيتصرفون مثل دورات الرياح أو طواحين الهواء Wether Vanes ويتنقلون دائما في اتجاهات متضاربة حتى يتوافقوا مع التأثيرات الواقعة عليهم في التو والحال، ولكن ما يحدث فعليا هو أن الناس يضعون مستويات معينة لسلوكهم ويستجيبون لأفعالهم بطرق تتضمن تعزيز أو عقاب الذات (محمد عبد الرحمان، 1998) .

4.6 . الاتجاه المعرفي :

بدأ الاهتمام بالاتجاه المعرفي مع العقد السابع من هذا القرن، ولم يكن ذلك وليد الصدفة، لكنه كان بمثابة تصديق لفكر الرواقيين الذين ذكروا أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار،

وتعتمد الفكرة الأساسية لهذا الاتجاه على أن المتأمل لحياة الناس بصـــفة عامـــة يجد أنها لا تخلو من بعض الخبرات التي تبعث على الانسحاب واليأس والعجز بسبـــب ما يتعرضون له من نكسات مادية ومعنوية، وهـــذه الخبـــرات تتلـــون حسب ما يستنتجه كل إنسان في ضوء تقييمه الذاتي وقدرتـــه علـــى ضـــبطها والتفاعل معها، وقد يؤدي هذا إلى نوع مـــن التشـــويه المعرفـــي Cognitive Distortions الذي يمكن أن يلعب دوراً أساسيا في حدوث العديد من الأعراض المرضية خاصـــة الاكتئاب، حيث تسيطر على المصاب المشـــاعر السلبية عن ذاته ومستقبله والعالم من حوله، وينتابه شعور باليأس وتدني تقدير الذات، وقـــد ينظر إلى المجتمع على أنه مجتمع عدواني محبط فيتجـــنب الآخرين ويميل إلى العزلة والانطواء (محمد الشناوي، محمد عبد الرحمان، 1998).

تركز النظرية المعرفية أيضا على دور العمليات العقلية بالنسبة للـــدوافع والانفعالات والسلوك، حيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والســـلوكية الخاصـــة بشخص ما عن طريق كيفية إدراكه وتفسيره والمعنى الذي يعطيه لحـــدث مـــا، كما تسلم هذه النظرية بأن كثيـــرا مـــن الاســـتجابات الوجدانيـــة والســـلوكية والاضطرابات النفسية تعتمد إلى حد بعيد على معتقدات فكرية خاطئـــة يبنيهـــا الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به (حسن عبد المعطي، 1998) .

من أهم ما جاءت به هذه النظرية ذات البنـــاء المتكامـــل نظريـــة بيـــك ومشاركوه (1967) Beck et al والذين يرون أن الاكتئـــاب اضـــطراب فـــي التفكير، والأعراض الاكتئابية ما هي إلا نتيجة لعمل النماذج المعرفية السلبية. و يقر بيك (1970) Beck والعاملين معه أن الاكتئاب يرجع إلى تصور ذو ثـــلاث أبعاد أسماه بالثلاثية المعرفية الاكتئابية وهي :

1- الإدراك السلبي للذات : حيث يرى المكتئب أنه عاجز وغير قـــادر علـــى الوصول إلى السعادة .

2- النظرة السلبية للعالم الخارجي : فالمكتئب يرى في العالم الخارجي مجموعة من العناصر المعرقلة لتحقيق أهدافه .

3- النظرة السلبية للمستقبل : المكتئب لا يرى نهاية لوضعيته السيئة .

هذه الثلاثية حسب بـــيـــك والباحثين معـــــــه (1970) Beck et al تنـــتج عن تجربة الفرد الحياتية، ويرون أيضا بوجود علاقة بين المعارف الاكتئابيـــة والتأخر الحركي والنهك النفسي Asthenia ، كما يفسرون الأعراض النمائية أو الإعاشية Vegetativs على أساس تلازم فزيولوجي لاضـــطراب نفســـي. كمـــا يؤكد بيك Beck في نموذجه على الخصـــائص النفســـية والمعرفيـــة المميـــزة للمكتئبين، ويشير إلى نمط التفكير السلبي للمكتئبين وتركيـــزهم انتقائيـــا علـــى المعلومات والخبرات التي تتفق وما لديهم من صيغة معرفية ســـلبية عن أنفسهم والعالم والمستقبل، ثم التعميم من واقـــع هذه المقدمات المحرفة، وبالتالي تـــدور فينومولوجية المكتئبين حول الفشل والنظرة السلبية للحياة والمســـتقبل وفقـــدان الأمل (Beck , 1967) .

اتفق بيك وهولـــون (1979) Beck, Hollon على أنه يمكن فهم الاكتئاب مـــن خلال وجود مجموعة معرفية سالبة Negative Cognitive حيث يقترحان فكرة وجود مثلث من الأفكار المتشائمة والنظرة الســـالبة للـــذات وللعـــالم والخبـــرة والمستقبل، وأنه يحدث نوع من الأفكار الخاطئة رغم أن الشـــواهـــد المســـتقاة من البيئة تعارضها، ومن أمثلة التشويه الـــذي يحـــدث فـــي عمليـــة معالجـــة المعلومات ما يأتي :

1- **التجريد الانتقائي :** Selective Abstraction

أي الوصول إلى صيغة للنتيجة بالنسبة لحدث معين وذلك على الأساس من تفضيلات مستقلة، على حين يكون هناك تجاهل للبراهين المتناقضة والأكثر دقة .

2 – **الاستنتاج الاختياري أو الاعتباطي :**

وهو الوصول إلى نتيجة مع غياب الدليل .

3 – **التعميم الزائد :** Overgeneralization

ويكون ذلك باستخلاص قاعدة أو فكرة على أساس معين ثم تعميم تلك القاعدة على مواقف غير مماثلة .

4 – **التضخيم :**

أي زيادة تقدير أهمية أو حجم نتائج معينة.

يؤكد محمد الشناوي (1998) أن النظرية المعرفية تهتم بدور المعتقدات المعطلة وعملية معالجة المعلومات المشوشة في إحداث الاكتئاب، كما تؤدي إلى السلبية السلوكية، فضلا عن هذا يبدو التنظيم المعرفي للشخص المكتئب معانيا من تغيير كبير يتسم بمحدودية في العدد المحتوى وبصفة خاصة فيما يتعلق بمفهوم الذات والتوقعات الشخصية والميل إلى الاستجابة بطريقة جامدة التي تتصف عامة بإيقاع سلبي.

يسلم بيك باستحداث المكتئب لرأي عن نفسه وعن العالم وعن الماضي والحاضر والمستقبل، ويجعل عقله مخمرا بمعارف ومقدمات خاطئة، وينزع إلى الخبرات الخيالية المشوهة، وهذا ما سيبرز الانحراف الحاد في البناء المعرفي في حالة الاضطرابات النفسية، ويذهب أيضا إلى أن الأفكار التلقائية التي ينتج عنها التشويه المعرفي تظهر في :

1 – تفسير الأحداث من وجهة نظر شخصية (ذاتية).

2 – التفكير المستقطب، أي أن المصاب يفكر بصورة متطرفة بين طرفين متباعدين.

3 – الاستنتاج التعسفي.

4 – المبالغة في التعميم.

5 – التضخيم والتحجيم.

6 – العجز المعرفي.

يـــذهب وينـــر وريهـــم (1975) Wener , Rehm وبوشـــولد (1979) Buchwald إلى أن المكتئب ينسى Forget الأحداث السارة وله قدرة غريبة في اختيار، وتذكر الأحداث الأليمة، بينما يـــرى ليشـــمان (1975) Lishman أن المكتئبين الذين بلغوا درجة الخطورة تظهر لديهم التجارب المؤلمة أكثر مما هو معهود عند الأشخاص العاديين.

أما إليس وهاربر (1961) Ellis , Harper فيرون أن الاكتئاب يظهر في الوضعيات الخاصة التي تثير المعتقدات الانفعالية وبالنســبة لهــم فــإن هــذه المعتقدات هي سبب الحالة الاكتئابية.

طور ريهم (1977) Rehm نظريـــة عـــن المراقبـــة الذاتيـــة Auto - Control في الاكتئاب، ويرى أن التقييم الذاتي السلبي وضعف التعزيز الذاتي، أو ارتفاع العقاب الذاتي، ينتج عنه سلوك حركي ضئيل وضعيف وهذا ما يميز المكتئبين، هذه النظرية لحد الساعة لم تثبت فعاليتها أو عدمها رغم قيام العديــد من الدراسات بالبحث فيها وهذا ما يستدعي البحث العميق فيها وتحري الدقـــة، الشيء الذي اقترحه وأد عليه أيضا كل من روزنكي وآخرون (Rosenky et al 1977) , و كاميرو، ســتنقارتن (1978) Steingarten , Cimiro ولوينســـون وآخرون (1978) Lewinsohn et al ,وفونتان ويلموت (1984) Wilmotte Fontaine.

صبت ممدوحة سلامة (1989) في دراستها " التشـــويه المعرفـــي لـــدى المكتئبـــين وغير المكتئبين " لتوضيح بعض المتغيرات النفسية المتعلقة بالتشويه المعرفي، وتوصلت إلى أن المكتئبين كانوا أكثر تعميما للفشل مقارنـــة بغيـــر المكتئين، كذلك كان تعميم الفشل أكثر متغيرات التشويه المعرفي ارتباطا علـــى

نحو مستقل بشدة أعراض الاكتئاب سواء العينة المكتئبة أو غير المكتئبة، حيث كان وحده مسؤولا عن 27% و17% من تباين درجات شدة أعراض الاكتئاب في كـــلا العينتين .

نقلا عن حسن عبد المعطي (1998) فـــإن رايمي Raimy يرى أنه مـــن الواجب التركيز على " المفهوم الخاطئ " في كل الأمراض، وهذا يعني حسب رأيه أن الاضطرابات النفسية ما هي إلا نتيجة لمعتقدات أو اقتناعـــات يتبناهـــا المريض بشكل قاس وغير موضوعي حول ذاته، وهـــذا ما يــــــدفع بـــه إلـــى ســـلوك غير متعقل يؤدي إلى انهزام الذات (حسن عبد المعطي، 1998) كما يعتقد أن المفاهيم الخاطئة عن الذات تقيد سلوك الفرد بطريقـــة تعســـفية غيـــر واقعية، تدفع الفرد بقسوة إلى الانغماس في سلوك غير مقبول يؤدي إلى العجز والاضطراب. والمفاهيم الخاطئة لدى معظم الناس تصحح عن طريق الخبرة أو التجربة، غير أنها ليست كـــذلك لدى العـــصـــابيين وذلك بســـبب انفصـــال أو انعزال المفاهيم أو التصورات الخاطئة عـــن الـــوعي الشـــعوري أو المعرفـــة الواعية، وحينما يهرب الفرد أو يتجنب أو يكبت هذه المفاهيم الخاطئـــة فإنهـــا تصبح في مكمن لا يمكن الوصول إليه بالتصحيح، كما يصعب القضاء على هذه المفاهيم بسبب وجود مفاهيم أخرى خاطئة تحميها، وتسمى المفاهيم الخاطئـــة الدفاعية، فالفرد المكتئب محمي بالمفاهيم الدفاعية الخاطئة عن إدراك المفـــاهيم الخاطئة الأكثر تهديدا (معتز عبد الله، 1998) .

يستند ألبرت إليس Ellis في محاولة له لتفسير الاكتئاب إلى معادلة مبسطة أطلق عليها نظرية A, B, C ويفترض فيها أنه حين تتبع عاقبة (نتيجة) مشحونة انفعاليا Emotional Consequence (C) حـــدثا منشـــطا - Activing Event فإن (A) قد يبدو أنه السبب في العاقبة (C) ولكنه ليس كذلـــــك فـــي الحقيقة، إنما العواقـــب الانفعالية يتسبب فيها إلى حد كبيـــر النظـــام العقائـــدي

للفرد (B) Belief System ومن ثم يدور الفرد في حلقة مفرغة من الأحـــداث والمعتقدات المرتبطة بها، ثم النتائج المشحونة انفعاليا (حسن عبـــد المعطـــي، 1998).

- **نظرية العزو: Attribution**

يُعد مارتن سليغمان (1975) Martin Seligman صاحب النظرية التـــي انتهت إلى أن الطريقة التي نفسر بواسطتها الأشياء التي تحدث لنا هـــي أكثـــر تأثيرا على نفوسنا من وقوعها، فالطريقة التي نفسر بهـــا الأشـــياء والحـــوادث السيئة، تؤثر على سلوكنا المستقبلي، وقد يكون لها مضامين سيئة على صـــحتنا الجسدية والنفسية.

وقد استوحى نظريته من تجاربه على الحيوانات التي وجد أنها تهـــرب من الصدمة الكهربائية باحثة عن المخرج، غير أنه في التجربة التي لاحظهـــا وجد أن بعض الحيوانات لا تهرب من الصدمة، واتضح لســـليغمان Seligman أن هذه الكلاب سبق وتعرضت لصدمة كهربائية لم تتمكن من الهروب منهـــا، لذلك تعلمت أن أي سعي للهروب هو فعل لا جدوى منه، فاستســـلمت للســـلبية واليأس والقنوط. وفي تفسير سليغمان Seligman لهذه الظاهرة السلوكية السلبية وجد أن الصدمة الكهربائية لم تكن السبب الذي خلق هذه الاستجابة السلبية عند الكلاب، بل توقعاتهم بعدم قدرتهم على السيطرة على الصدمة.

هذه الملاحظات دفعت سليغمان Seligman وماير Maier إلـــى القيـــام بجهد مشترك لتوثيق هذه الظـــاهرة الســـلوكية، أي اليـــأس المـــتعلم وربطهـــا بالاضطراب الاكتئابي، هذا ما جعل سليغمان Seligman يتوصل مـــن خـــلال أبحاث أخرى إلى أن الأفراد الذين يميلون إلى تفسير الأشـــياء مـــن مـــدركات

داخلية وثابتة وشاملة، هم أكثر الأفراد تعرضا لمرض الاكتئاب عندما تلم بهم المصائب وتعترض حياتهم الخطوب والشدائد.

عمد سليغمان Seligman فيما بعد إلى فحص 143 طالبا جامعيا باختبار Beck للاكتئاب ووجد أن الطلاب الذين أعطوا تفسيرات داخلية، شاملة وثابتة عن حوادث سيئة كانوا أكثر اكتئابا من أولئك الذين قدموا تفسيرات خارجية ونوعية وغير ثابتة، والنتائج نفسها وجدت عند النسوة والمساجين ومرضى المشافي، ثم أجرى مع فريقه أكثر من 104 تجربة شملت ما يقرب 15000 مفحوصا أتضح فيها أن النموذج التفسيري Explanatory Style التشاؤمي يرتبط بالاضطراب الاكتئابي .

من خلال الأبحاث التي قام بها أيضا سليغمان Seligman توصل إلى إيجاد حلقة الوصل بين العجز المكتسب Learned Helplessness والاضطرابات الانفعالية خاصة الاكتئاب، إذ أن معظم أعراض الاكتئاب تتركز في الشعور بالعجز وعدم القدرة على التحكم في الظروف الحياتية، لذلك أرجع سليغمان Seligman الاكتئاب إلى التشاؤم العظيم، فالأفراد الذين يعانون من اكتئاب يعتقدون بعجزهم، وهذا لقلة توقعاتهم بنجاح أي شيء يقومون به، وهكذا أدرك الشبه الكبير بين أعراض العجز المكتسب والخصائص المميزة للعجز المكتسب Learned Helplessness كما أقر أن المكتئبين يتميزون بتعميم فشلهم على مختلف مستويات حياتهم، لذلك فهم كثيرا ما يشعرون بالعجز وعدم الجدوى والقيمة Worthless ويتخللهم الاكتئاب في كل الوضعيات الحياتية.

بالرجوع إلى أراء سليغمان Seligman فإن الأفراد المكتئبين ذوو أسلوب تفسيري تشاؤمي Pessimistic Explanatory Style ومن خلال هذا التفسير يصبح الفرد متشائما، ويصاب بالعجز المكتسب Learned Helplessness. كما

بيــن أن المتشائمين يُعزون فشلهم إلى أسباب داخلية مستقرة وشاملة، في حين أن المتفائلين ينسبون فشلهم إلى أسباب خارجيــة وغيــر مســتقرة وخاصــة، ولتوضيح ذلك فإن الأسباب إذا كانت ثابتة غير قابلة للتغير فإنها توصف بأنهــا مستقرة، أما إذا كانت قابلة للتغير والتحوير فإنها تكون غير مســتقرة، أمــا إذا تعممت النتيجة والتفسير فإنها تصبح بذلك شاملة، على غرار ذلك إذا لم تعمــم النتيجة على كل الأحداث تكون خاصة، لأجل ذلك طور ســليغمان Seligman وفريقه استبيانا لقياس العزو يتكون من 12 وضعية، ستة منــه موجبــة وســتة سالبة، ومن خلال المقياس يجيب المفحوص على الوضعيات ويحدد ما إذا كانت ذات أسباب داخلية أو خارجية، شاملة أم خاصة، مستقرة أم غير مستقرة.

يؤكد سليغمان وأبرامسون Seligman, Abramson (1978) أن المكتئب يرجع أسباب فشله لعوامل داخلية ذاتية ثابتة تتسم بالشمول والعمومية، في حين أنه يرجع ما يصيبه من نجاح إلى أسباب نوعية خارجــية متغيرة، وبالتالي فإن الأسباب التي يرجع إليها الفرد عجزه تنبئ بمدى انخفاض تقديره لذاته وبمــدى شدة اكتئابه، وعلى ذلك فإن نمط التفكير الذي يتسم بــالتقييم الســلبي الشــامل وباليأس وفقدان التحكم، هو ما يؤدي إلــى أزمــان واســتمرار المعانــاة مــن الاكتئاب (محمد الحجار، 1989).

من جهته يؤكد فونتان (1984) Fontaine أن نظرية العزو تقتــرح رأيــا جديدا في تفسير الاكتئاب، إذ تعتبر أن الفرد في وضعيـــات معينــة ينســب الأشياء إلى الخارج أو يعزوها إلى أسباب داخلية، ومن خلال ميكانزمات العزو التي تعود إلى ماضي الفرد يمكن أن تتسبب في ظهور الاكتئاب أو عدمه، كما يذهب إلى أن هذه المدرسة تعطي نظرة جديدة لأسباب الاكتئاب، إذ تــرى أنــه يظهر عند الأفراد الذين يتعرضون لظروف سلبية قاهرة – لا يمكــن تجنبهــا Inevitables وهي عادة ما تكون ظروفا غير متحكم فيهــا Incontrolables .

5-6- نظرية معــدل التعزيــز المــنخفض : Low Rate Of Reinforcement Theory

وضع بيتر لوينسون (1974) Lewinsohn نظرية للاكتئاب افترض فيهــا تصورا تعليميا للاكتئاب، كنقص في النشاط راجع إلى تأخر التعزيز .

وتفترض النظرية أن الاكتئاب يحدث لدى الأفراد الذين يواجهون القليــل جدا من المواقف المعززة أو الذين يشتركون قليلا في الســلوك المــؤدي إلــى تعزيز (كالأشخاص الذين يعيشون في بيئة مجهدة) وكذلك لدى هؤلاء الأشخاص معدلا منخفضا من التعزيز، حيث يفشلون ببساطة في تعلم الاســتجابة بطريقــة يمكنها أن تحل مشكلة كبتهم وصراعهم .

ويعلق ايستمان (1976) Eastman على ذلك بأن لــيس لمســألة فقــدان شخص عزيز ولا لعمليات الرثاء اللاشعورية التي يقوم بها الأفراد عند حدوث الفقدان أي دور في شرح مسألة الإصابة بالاكتئاب ومن وجهة نظر أصــحاب هذه النظريات أنه بمجرد أن يتوقف الأفراد عن الرثاء يودون لســابق حــالتهم المعتادة قبل حدوث فقدانهم للشخص العزيز، لذا فإن المستوى الأدنــى للنشــاط لديهم سوف يتم تدعيمه من خلال تلقي العزاء ومشاعر المشاطرة من الآخــرين لتقلل من مشاعر الاكتئاب لــديهم .ومــن جهتــه يؤكــد فريســتر ولازاروس (1965) Ferster ,Lazarus أن النظرية المعرفية توضح بشكل مباشر وبشــكل أكثر مما فعله فرويد في مرض الاكتئاب الذي لا يسبقه أي نوع مــن الفقــدان لأحد الأحبة ويرجعون حدوث هذا الاكتئاب إلى الكير من الأسباب، ولعل مــن هذه الأسباب التغيرات التي تحدث في مجال العمل .

وقد تناول لوينسون (1974) Lewinsohn هذه النقطــة بالدراســة ووضــع نموذجا للاكتئاب تناول الافتراضات التالية :

- أن الشعور بالاكتئاب وبالكثير من الأحاسيس الأخرى مثل الإجهاد يصبح أكثر وضوحا عندما يدعم السلوك بقدر قليل من التدعيم.
- يقوم هذا القدر القليل من التدعيم الايجابي بالحد من النشاط، لـــذا يصـــبح التدعيم أقل قوة.
- أن هذا القدر الايجابي من التدعيم يخدم ثلاثة متغيرات :

أ – كم المدعمات المحتملة لفرد من الأفراد والتي تمثل بالنسبة لهذا الفـــرد سماته الشخصية مثل العمر، الجنس، الجاذبية الشخصية.

ب – كم المدعمات المحتملة والمتاحة للفرد والتي تمثل بالنسبة لـــه ســـمات بيئية للبيئة التي يعيش فيها هذا الفرد مل وجوده فـــي المنـــزل ولـــيس فـــي السجن.

ج– سلوك الفرد الذي يعتبر بمثابة نوع من التـــدعيم لـــه مثـــل المهـــارات الاجتماعية.

وقد وجد لوينسون (Lewinsohn(1974 أن الأفراد المكتئبين متأخرون في المهارات الاجتماعية ويتصلون بالآخرين بطريقة سيئة حتى على المســـتوى المعنوي، وأكد على أن النقص في معدل التعزيز الموجـــب غيـــر المتوقـــع للاستجابة هو المؤدي للاكتئاب (حنفي إمام، نور الرمادي ،2001)

اليـأس

II – اليأس :

تمهيد :

يتعرض الإنسان في مسار حياته للعديد من المشكلات والأزمات والمواقف التي تسبب له الحزن والأسى وقد تعرضه لخبرات الفشل والإحباط، ومن لم يشعر في لحظة من لحظات عمره أن حياته عديمة المعنى وأنه يقف على شفير الهاوية أو أنه يسير في طريق مسدود ولم يعد بمقدوره أن يواصل السير ويتحمل مشاق الحياة وآلامها .

إلا أن هناك من الناس من يتمكن من الصمود أمام المشكلات والأزمات بل ويتخطاها ولكن البعض الآخر قد يشعر بالعجز عن مواجهة مشكلاته والتصدي لها فيقع فريسة الألم والمرارة ويحاصره الشعور باليأس والخيبة وفقدان الأمل، ومن الواضح أن ثمة تباينا واسعا بين الأفراد في طريقة تعاملهم مع المشكلات والأزمات والنكبات والحوادث المأساوية التي يتعرضون لها وأن من الأفراد من يقع بسهولة فريسة اليأس والشعور بالعجز والإحباط الذي قد يدفع به إلى التفكير بالانتحار وربما الانتحار فعلا.(امطانيوس مخائيل، 2006).

يُعّد الشعور باليأس ذا أثر على التوافق النفسي والصحة النفسية للفرد، حيث أنه قد يكون من الأسباب المباشرة لمعاناته من العديد من الاضطرابات النفسية، حيث تسيطر عليه التوقعات السلبية تجاه المستقبل والنظرة التشاؤمية نحوه وفقدان الأمل في حدوث ما هو جيد أو تغيير ما هو موجود .وذلك ينعكس على الفرد في الشعور باللامبالاة وانعدام الرغبة في الانجاز والعمل والاستسلام لليأس، بل في كثير من الأحوال قد تراود الفرد اليائس أفكار الانتحار للتخلص من هذا الشعور (محمد معوض، سيد محمد، 2004)

1 – تعاريف اليأس :

يعرف ستوتلاند (1969) Stotland اليأس على أنه خلل معرفي يعود للتوقعات السلبية التي يحملها الفرد بخصوص المستقبل، ويصبح هذا الفرد معتقدا أن كل شيء يسير عكس ما يشتهي، فتترسخ في ذهنه أن طموحاته وأهدافه لن تتحقق أبدا (يحياوي حسينة، 1996).

كما يعتبر اليأس اتجاه عقلي سلبي يضغط علبى الانسان شيئا فشيئا حتي يعييه ويقعده ويبطل مبادرته وكفاءته ونشاطه (عبد الحكيم العفيفي، 1990).كما يشير اليأس إلى عدم الرضا الكلي للفرد عن الحياة والتوقعات السلبية المعممة عن المستقبل، فتتميز حياة الفرد بالتشاؤم الشامل والقنوط والشعور بالوحدة النفسية والمزاج المكتئب ومشاعر عدم جدوى الحياة وكذلك عدم القدرة على إحداث تغيير له أثره (أبو النيل محمود، 2000)

كما يمكن أن يعرف اليأس على أنه من المتغيرات النفسية المميزة للشخصيات العاجزة والسلبية والمضطربة، وقد بين العلماء أن اليأس من العوامل التي تؤدي إلى تحطيم الاتزان النفسي لدى الشخص .ويؤكد سليغمان (1980) Seligman أن الشعور باليأس هو حالة من عدم الرغبة في التفوق وإتمام المهام الصعبة وعدم الرغبة في بلوغ معايير التفوق على الآخرين وانعدام روح المنافسة (فاروق السيد عثمان، 2001).

ويعرفه غسان جعفر (2002) أنه اضطراب نفسي شائع الحدوث يسبب لصاحبه الانطواء والانزواء والابتعاد عن الآخرين، فيكتشف المريض الخوف والقلق والضجر ويتركه يعيش على هامش الحياة في تعاسة وشقاء ويلفه قلق متشح بالسواد، حيث يتصور الهلاك أمام عينيه، ينتابه الحزن ويخشى الفاجعة التي يتصور أنها ستصب حممها على رأسه في كل حين ويجعله يعاني من

تدهور نفسي خطير.كما يمكن لهذه المشاعر أن تدفع بصاحبها لضيق الصدر الحياة واشتهاء الموت وتصور كل ما حوله بمنظار أسود قاتم.

من جهته يؤكد يوسف ميخائيل أسعد (دون سنة) أن اليأس عبارة عن حالة نفسية يحس المرء بمقتضاها أن المنافذ جميعا أمامه قد سدت وأنه سجين لموقف متأزم لا يسمح بالحراك أو التصرف ومن ثم فلا يكون أمامه حيلة إلا إذا ارتمى في حمى اليأس .

يُقر محمد معوض و سيد محمد (2004) أن اليأس حالة نفسية تتمثل في التوقعات السلبية تجاه الذات والمستقبل، وفقدان الدافعية، والتشاؤم، وسيطرة الشعور بالملل في الحياة بوجه عام وفيما يقوم به الفرد بأعمال وأنشطة بوجه خاص .

اليأس عاطفة تتكون من اتجاهات تغلب عليها عدم الرغبة في الحصول على شيء أو الوصول إلى هدف معين مع الاعتقاد بأن الهدف لن يتحقق مما يجعل الفرد يشعر بالعجز والتوتر ويظل اعتقاده في عدم قدرته على تحقيق الهدف مستمرا مما يدركه من العوائق التي يمكن أن تحول دون تحقيق الهدف (بشير معمرية،2009).

2- منظور بيك لليأس :

ينظر بيك وآخرون (1985) Beck et al (نقلا عن امطانيوس مخائيل، 2006) إلى اليأس أو فقدان الأمل Hoplessness على أنه حالة وجدانية تبعث على الكآبة وتتميز بتوقعات الفرد السلبية نحو الحياة والمستقبل. وطبقا لهذه النظرة فإن الشخص الذي يعاني من اليأس وخيبة الأمل تتكون لديه نظرة سلبية أو سوداوية للذات كما تتكون لديه مثل هذه النظرة السلبية أو السوداوية للعالم حوله .وقد ترافق هذه النظرة السلبية و التشاؤمية للذات والعالم بعض

الاضطرابات النفسية كما يمكن أن ترافقها أعراض الاكتئاب. والواقع أن اليأس كثيرا ما يؤدي إلى حالة من الاكتئاب أو ينجم عنها، فالمكتئبون يتصفون بتعميمهم لخبرة الفشل كما يتصفون بالنظرة السلبية للذات والحياة والمستقبل إضافة لمعاناة اليأس وخيبة الأمل .

يظهر مفهوم بيك (1979) Beck لليأس بشكل واضح فيما أسماه بالثلاثية المعرفية وبالتالي يُشحن تصور المكتئب عن انتساباته وعلاقاته وانجازه بمفهوم فقدان الماضي والحاضر والمستقبل .وعند تقديره لوضعيته الراهنة يرى المكتئب أن عالمه غير مثمر وأن حاضره فاشل نتيجة المتطلبات الخارجية والتي لا تتماشى وموارده الضئيلة، فيعجز عن الوصول إلى ما يرغب فيه ويسيطر مفهوم الفقدان على تقييمات المكتئب، فهو فقد أصدقاءه وصحته وممتلكاته، بل وأنه ينظر لنفسه على أنه مفقود، بل غير قادر على تحمل مسؤولياته، وهو عاجز عن تحقيق أهدافه.

3 – العلاقة بين كل من الاكتئاب ،اليأس والانتحار :

لعل أهم الأمراض الذهانية والنفسية التي تمهد للانتحار هي الاكتئاب، وقلما يخلو انتحار من عاطفة الحزن والشعور بالفراغ النفسي والوحدة والحرمان، ويؤكد فرويد على العلاقة بين الحزن والاكتئاب وتطورهما إلى المرض، وهذا ما ذهب إليه ليندمان حين قام بدراسة مستفيضة لحالة الحزن والحداد وبين كيف أن فقدان العزيز يؤدي إلى أعراض نفسية وجسمية مهمة منها الشعور بالإثم خشية أن يكون قد أساء إلى الفقيد في حياته أو أنه قصر في أداء واجبه تجاهه، كما أكد أن الحزين على الفقيد قد يتعرض إلى أشد من ذلك بحيث تنتابه الأوهام والشكوك وتظهر عليه العدوانية والقسوة تجاه الأحياء

الآخرين ومن ثم يلجأ إلى تقريع الذات وحب العقاب، وفي هذه المرحلة يتعرض إلى قتل الذات (فخري الدباغ، 1986).

من جهته يؤكد حسين فايد (2001 –ج–) أن الاكتئاب يعتبر مـــن أهـــم العوامل المرتبطة بالانتحار، حيث يعد من أكثر التشخيصات النفسية المرتبطـــة بالانتحار، إذ أن الشخص المكتئب شخص محبط ورافض للحياة وينتحر حوالي 15 % ممن لديهم اكتئاب شديد. كما لوحظ بين المنتحرين أن 80% منهم كـــانوا يعانون من الاكتئاب، كما لوحظ أن 25% من المنتحرين كانوا مدمنين حيث أن إدمان بعض المواد يطلق التثبيطات لدى المرضى المكتئبين فـــيجعلهم يقـــدمون على الانتحار.

يؤكد بيك وآخرون (1979) Beck et al علـــى أهميـــة تقيـــيم الأفكـــار الانتحارية لدى مرضى الاكتئاب، بالإضافة إلى التعبيرات اللفظية عـــن اليـــأس .ويشير إلى أنه ليس كل مرضى الاكتئاب فاقدون للأمل، بل هناك قدر متـــراكم من الدلائل يوحي بأن فقدان الأمل هو العامل الذي يتوسط بين الاكتئاب والنيـــة في الانتحار.

كما تشير البحوث الخاصة بالضغط النفسي وطرق التعامل معه إلـــى أن فقدان الإمكانات والقوة يعتبران من أهم مسببات الضغط والقلق والكآبـــة لـــدى الأفراد، وعند استمرار الحالة تتطور ظاهرة تسمى العجز المـــتعلم، حيـــث أن الفرد يستخلص من ذلك بأنه عاجز عن عمل أي شيء لتحسين وضعه ويداخله اليأس (حمدي ياسين، علي عسكر، حسن الموسوي، 1999)

من بين الدراسات التي اهتمت بالانتحار دراســـات بيـــك (1967) Beck، ملجس وفريدريك (1969) Melges ,Frederick موتـــو(1985)Moto وكلـــوم (1982) Clum حول دور اليأس والاكتئاب وعوامـــل الضـــغط فـــي حـــدوث الانتحار. كما بينت الكثير من البحوث العيادية كدراسات روبن (1968) Robins

وسيلفر (1983) Silver ودير (1984) Dyer وشارلز (1989) Charles العلاقة بين الاكتئاب والانتحار، وأكدت أن الانتحار يقع دائما أثناء الإصابة بالاكتئاب. (حسينة يحياوي، 1996).

من جهته يؤكد محمد الحجار (1989) أن الأفراد المنتحرون تضيق لديهم الخيارات إذ عوضا أن ينظروا إلى الأجوبة المتنوعة الخاصة بمشكلاتهم يفكرون فقط بخيارين لا ثالث لهما، إما الوصول إلى الحل الكامل غير المنقوص أو إيقاف كل شيء، وأما بقية الخيارات الممكن النظر فيها فتكون خارج إطار منظورهم بفعل اليأس والألم .

يؤكد بيك (1967) Beck et al وآخرون في دراساتهم حول الاكتئاب أن مجموعة كبيرة منهم تصل إلى 67% يعانون من مشاعر اليأس، ولما قام بدراسة مستفيضة حول هذه الحالات وجد أن الاكتئاب كلما كان شديدا كلما ارتفعت درجة اليأس .فاليأس حال من أحوال الإنسان يرتبط على الدوام بفشل الفرد واستسلامه لهذا الفشل، وتنتج عنه حالة مزاجية كئيبة، مما يجعله يرتبط بالاضطراب النفسي وبذلك يكون اليأس اتجاها سلبيا نحو الحياة على الدوام (بشير معمرية، 2009).

يعتبر عبد الكريم أبو الخير (2004) أن الانتحار عبارة عن قرار شخصي يحاول المنتحر من خلاله التعبير عن صرخة ألم داخلي وحالة يأس.كما يرى أن عدم التوازن النفسي بسبب فقدان الأمل في الحياة تسيطر بالتالي على الفرد أفكار مفادها أن الحياة لا قيمة لها ولا فائدة من استمرارها وأنه من المستحسن الإقدام على الموت إلى غير ذلك من الأفكار المشحونة بروح اليأس والشعور بالذنب.

خلاصة :

الاكتئاب من أهم الاضطرابات النفسية التي حظيت باهتمام الكثير من الباحثين الذي أفردوا لها فصولا طويلة في كتبهم، وخصصوا لها جانبا هاما في دراساتهم التطبيقية، وهذا مؤشر لأهمية هذا الاضطراب بالدرجة الأولى وانعكاساته على الصحة النفسية والبدنية على حد سواء.

من هنا جاء اهتمامنا بهذا الاضطراب الذي يعتبر حجر الزاوية في الدراسات التي تختص بالطوارئ النفسية.كما يلعب اليأس دورا هاما، خاصة عند الحديث عن الاكتئاب، إذ يصاحبه في الكثير من الأحيان ويرافقه زمنا ليصل بالعليل إلى القنوط وفقدان الثقة في النفس وفي تغير الظروف، فتنتهي به السبل أمام الاضطراب وقد يصل به الحال إلى المحاولة الانتحارية أو تصور الانتحار، وهذا يعود أساسا إلى متغيرات شخصية أخرى.

الجانب الميداني

الفصل الرابع

منهج البحث وإجراءاته

تمهيد :

يهدف البحث الحالي إلى فحص دور بعض الخصائص الشخصية واستراتيجيات التعامل ودورها في ضبط وتعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والمحاولات الانتحارية. وللتمكن من كشف هذه العلاقات قمنا بجملة من الخطوات شكلت الجزء الخاص بالفصل المنهجي والذي احتوى على العناصر التالية :

1 – منهج البحث وتصميمه:

يهتم البحث الحالي بمحاولة فحص العلاقة بين الميزات الشخصية واستراتيجيات التعامل مع الضغوط وعلاقتها بالسلوك الانتحاري (المحاولة الانتحارية تحديدا) وبالتالي فقد لجأنا إلى المقارنة وبحث العلاقات، وبذلك استعمالنا المنهج الوصفي الذي يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفا دقيقا ويعبر عنها تعبيرا كيفيا أو كميا، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفا رقميا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى .

والأسلوب الوصفي مرتبط منذ نشأته بدراسة المشكلات المتعلقة بالمجالات الإنسانية، ومازال هذا الأسلوب الأكثر استخداما في الدراسات الانسانية حتى الآن وذلك نتيجة لصعوبة استخدام الأسلوب التجريبي في المجالات الانسانية .(محمد زيدان، 1990)

وتتبع هذا الدراسة خطوات المنهج الوصفي في البحث، والذي يحاول وصف الظاهرة الموجودة ودراسة العلاقة بين المتغيرات المختلفة، ويسير هذا المنهج وفق خطوات علمية محددة تبدأ بتحديد المشكلة المراد بحثها، وتنتهي

بالوصول إلى النتائج وتفسيرها ومعرفة طبيعة العلاقة بين المتغيرات (فخرية الجارودي،2001) .

ولأنّ إشكالية بحثنا تدور حول طبيعة العلاقة بين الضغوط النفسية واستراتجيات التعامل، والعلاقة بين بعض المتغيرات المعرفية، فإننا لجأنا لتساؤولات تبحث في مدى وجود ارتباطات بين هذه المتغيرات، وبذلك ارتأينا استخدام المنهج الارتباطي باعتباره أحسن منهج يبحث في الارتباط بين متغيّرين أو أكثر. وتعرّف الدراسات الارتباطية بأنّها كلّ دراسة يفحص فيها الباحث العلاقة بين متغيّرين أو أكثر، وما يميّز هذه المتغيّرات هي أنّها قابلة للقياس ولكنّها غير قابلة للتحكّم. وبالتالي فهنا إذن تُدرس متغيّرات لا يمكن معالجتها، فتلاحظ وتقاس دون أن تعالج تجريبيا بحضور متغيّر آخر(متغيّر مستقلّ) والذي من شأنه أن يؤثّر في المتغيّر المدروس.

يعتبر المنهج الارتباطي أحد المناهج الوصفية الّتي تعمل على تحليل العلاقة بين متغيّرات مكوّنة للظاهرة. ويعتمد في سبيل تحديد طبيعة الارتباط على التحليلات الإحصائية كمعاملات الارتباط والتحليلات العاملية. وهو بذلك لا يكتفي بالكشف عن اتّجاه الارتباط، بل إنّه يحدّد الدلالة الإحصائية له.

كما يعمل المنهج الارتباطي على تحديد إمكانية وجود ارتباط بين حدثين، ويحدّد درجة هذه العلاقة بطريقة كميّة من خلال تحليلات إحصائية متعلّقة بالارتباط ... في هذا النوع من الدراسات، يكتفي الباحث بتناول جانبين محدّدين من الظاهرة المدروسة، ويتساءل متى يترافق ظهور أحدهما بظهور الآخر (فريدة طايبي، 2000) .

كما يرى ملحم سامي (2000) أن المنهج الارتباطي هو الذي يعمل على جمع البيانات من عدد من المتغيرات وتحديد ما إذا كانت هناك علاقة بينهما،

وإيجاد قيمة تلك العلاقة والتعبير عنها بشكل كمي من خلال ما يسمى بمعاملات الارتباط .

2- العـــيــنـــة :

2-1- طريقة اختيارها :

في دراستنا لدور كل من أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى فئـــة من محاولي الانتحار وعلاقتها ببعض المميزات المعرفية ولصعوبة الحصـــول على العينة لجأنا إلى الطرق غير الاحتمالية، أي غير العشوائية وهذا لعدم توفر أي وسيلة أخرى، وبذلك فالبحث قام على العينة القصدية، والتي يقصـــد بهـــا الطريقة التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم، ولكون تلك الخصـــائص هـــي مـــن الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، كما يتم اللجوء إلى هذا النوع من العينة في حالة توافر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محددة من مجتمع الدراســـة الأصـــلي، وهي عينة ملائمة لأنه يعطي لعناصر مجتمع الدراسة الأصلي حرية المشاركة في البحث، حيث يتم الاختيار بناءا على أول مجموعة يقابلها الباحـــث وتوافـــق على المشاركة في الدراسة ويختار منها عدد مفردات العينة المطلوبـــة، ولكـــن بشروط محددة تضمن تمثيلا معقولا لمجتمع البحث، ويتميز هذا النوع من العينة بالسهولة في اختيار العينة وانخفاض التكلفة والوقـــت والجهـــد المبـــذول مـــن الباحث، كما يتميز بسرعة الوصول لأفراد الدراسة والحصول علـــى النتـــائج (عبيدات وآخرون ،1999)

وقد أكد العديد من الباحثين أمثال قوتيي وآخرون (1984) Gauthier et al شيوع استعمال هذه الطريقة في العديد من مجـــالات علـــم الـــنفس، خاصـــة المجالات التي تكون فيها التجربة مؤلمة ومحرجة أو خطيرة أو صعبة.

نشير أيضا إلى أن هذا النوع من العينات تتم فيه عملية السحب من فئة مختارة ومتوافرة، وبالتالي فإن الفئة المختارة بموجبها ليست هي أفضل الفئات بل هي الأكثر توافرا (أنطوان حمصي،1991)

2-2- شروط اختيار العينة :

وعليه فإن الأفراد الذين قاموا بمحاولة انتحارية أو كرروا المحاولة الانتحارية وتطوعوا للإجابة على بطارية المقاييس، اعتبروا أفرادا لعينة البحث الحالي. وهذا بعد استيفاءهم للشروط التالية :

1 – أن يكون الفرد قد قام بمحاولة انتحارية على الأقل مرة واحدة وبشكل واضح.

2 – أن لا يكون مصابا بمرض عقلي مشخص سيكاتريا.

3 – أن لا يكون قد تابع، أو يتابع علاجا من نوع العقاقير المهدئة أو المثبطة أو أي نوع آخر من العلاجات الكيميائية.

4 – أن لا يكون معانيا من مرض بدني مزمن.

2-3- حجمها :

لنتمكن من التحقق من فرضياتنا قمنا بمحاولة الحصول على أكبر قدر ممكن من الحالات التي قامت بمحاولة انتحارية أو أكثر وهذا بمختلف المصالح الطبية الاستشفائية والعيادات المتعددة الخدمات أين يتردد بعض عناصر هذه العينة على الأخصائي النفساني بهدف المتابعة والتكفل، كما لجأنا إلى الوسيط الذي يلجأ إليه الباحث عادة حين يواجه صعوبة في الحصول على أفراد العينة أو يجد صعوبة في التعامل معها .

وقمنا بتطبيق بطارية المقاييس على عينة قوامها تعدادا 87 فردا حاولوا الانتحار مرة واحدة أو أكثر من مرة ، وبعد عملية التصفية هناك من البطريات

ما لم نحصل عليه لأسباب متعددة تتعلق بالوسيط وأسلوب تعامله مع العينة وإرجائه تطبيق المقاييس لعدم وفرة الظروف المناسبة، والجزء الآخر من البطاريات كان لا يستوفي الشروط العلمية التي تمكّن من التحليل الدقيق كأن يجيب الفرد على جزء من البطرية أو لا يتم الإجابة على أحد المقاييس .

وفي الأخير أبقينا على عينة البحث الحالي المكونة تعدادا من 75 فردا موزعين حسب الجنس بين 40 ذكور، 35 إناث كلهم قاموا بمحاولة انتحارية واحدة على الأقل .

2-4- خصائص العينة :

من خلال التمحيص الذي قمنا به في اختيار البطاريات الصالحة للتحليل ارتأينا الإشارة إلى الخصائص التي تميز العينة وهذا على النحو التالي:

1 – من حيث الجنس :

جدول رقم (10) : توزيع أفراد العينة حسب الجنس .

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	40	53.33
إناث	35	46.66
المجموع	75	99.99

يلاحظ من خلال الجدول أن عدد ونسبة الذكور أعلى نسبيا من الإناث وهذا لصعوبة الحصول على شريحة الإناث المحاولات الانتحار و اللواتي يتناسبن مع المعايير والشروط المدرجة سلفا، وقد بلغت نسبة الذكور 53.33 % مقابل 46.66 % عند الإناث.

2 – من حيث السن :

جدول رقم (11) : توزيع أفراد العينة حسب السن .

الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية
25-20	21	28.00
31-26	35	46.66
38-32	11	14.66
44-39	08	10.66
المجموع	75	99.98

يبدو من الجدول أعلاه أن الفئة العمرية التي تحاول الانتحار هي الفئة العمرية الممتدة ما بين 26-31 سنة بواقع 35 محاولا للانتحار وبنسبة مئوية تقدر 46.66 %، تليها الفئة الثانية التي تتروح أعمار أفرادها ما بين 20-25 بواقع 21 محاولا للانتحار وبنسبة مئوية تصل 28 %، ثم تبدأ الأعداد والنسب في الانخفاض تدريجيا وبشكل ملحوظ لدى فئة 32-44 عاما التي يرد عدد أفرادها مجتمعين 19 فردا، مشكلين بذلك نسبة مئوية قدرت بـ 25.32%.

3 – من حيث المستوى التعليمي :

جدول رقم (**12**) : توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي .

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
ابتدائي	5	06.66
متوسط	19	25.33
ثانوي	40	53.33
جامعي	11	14.66
المجموع	75	99.98

يُظهر الجدول أن معظم عناصر العينة المحاولين الانتحار مــن مســتوى تعليمي ثانوي وهذا ما يمثل 40 فردا نسبتهم المئوية وصلت 53.33 %، أما الفئة التي يتراوح مستواها التعليمي ما بين الابتدائي والمتوسط فقــد بلــغ تعــدادهم مجتمعين 24 حالة وهذا بنسبة 31.99 %، بينما مثلت الفئة التي تتــدرج ضــمن المستوى الجامعي المرتبة الثالثة بعدد بلغ 11 حالــة، وصــلت نســبتها إلــى 14.66%.

4 – من حيث الحالة المدنية :

جدول رقم (13): توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية .

الحالة المدنية	العدد	النسبة المئوية
أعزب	57	76.00
متزوج	5	06.66
مطلق	13	17.33
أرمل	00	00
المجموع	75	99.99

يبدو أن أفراد عينة البحث الحالي ينتمون لفئة العزاب وهذا بتمثيلهم لعدد وصل 57 حالة تمثل نسبة 76%، تليها نسبة المطلقين بواقع 13 حالــة وبنســبة 17.33%. أما نسبة المتزوجين فلم تمثل سوى عدد ضئيلا بلغ 5 حالات وبنسبة 06.66%. أما فئة الأرامل فلم يتم تسجيل أي حالة منها .

5 – من حيث تكرار المحاولة الانتحارية :

جدول رقم (14) : توزيع أفراد العينة حسب تكرار المحاولة .

عدد المحاولات	العدد	النسبة المئوية
مرة واحدة	40	53.33
مرتين	22	29.33
ثلاث مرات	11	14.66
أربع مرات	02	02.66
المجموع	72	99.98

من الجدول أعلاه يتضح أن أفراد عينتنا يتوزعون وبشكل متمركـز في عدد الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة وهذا بواقع 40 حالة مشكلين بذلك نسبة 53.33%، تليها الفئة الثانية التي حاولت الانتحار مرتين بتعداد بلغ 22 حالة ممثلين بذلك نسبة 29.33%، أما فئة المحاولين الانتحار ثلاث مرات فقد كان عددهم 11 حالة بنسة 14.66 %، في حين سجلت فئة المحاولين الانتحار أربع مرات حالتين وهذا بنسبة 02.66%.

6- من حيث وسائل المحاولة الانتحارية :

جدول رقم (15) : توزيع أفراد العينة حسب الوسائل المستعملة .

الوسيلة المستعملة	عدد الحالات	النسبة المئوية
تعاطي مختلف الأدوية بكميات كبيرة	38	50.66
استهلاك مواد التنظيف المختلفة	19	25.33
استهلاك المواد القاتلة للحشرات	07	09.33
استهلاك المواد القاتلة للفئران	06	08
قطع الشرايين	05	06.66
المجموع	75	99.98

يظهر من الجدول أعلاه أن فئة المحاولين الانتحار لعينة البحث الحالي قد لجأوا إلى استعمال مختلف الأدوية في محاولتهم الانتحارية وقد بلغ تعدادهم 38 حالة، مُثلت بنسبة 50.66%، في حين لجأ البعض الآخر إلى استهلاك مختلف مواد التنظيف وبلغ عددهم 19 حالة شكلت نسبة 25.33%، أما الفئة التي لجأت لاستعمال المواد القاتلة للحشرات فكانت 7 حالات، بنسبة 9.33%، أما فئة المستعملين للمواد القاتلة للفئران، وقطع الشرايين فقد شكلت 11 حالة مجتمعين، ونسبتهم وصلت 14.66%.

7 – من حيث الوظيفة :

جدول رقم (16) : توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة .

الوظيفة	العدد	النسبة المئوية
يمارس مهنة	45	60.00
يعمل بشكل متقطع	21	28.00
بطال	09	12.00
المجموع	75	100

من حيث الوظيفة يُظهر الجدول أعلاه أن معظم أفراد عينة البحث الحالي يمارسون مهنة (مهن مختلفة) وبلغ تعدادهم 45 فردا يمثلون نسبة مئوية تقدر بـ 60%، في حين أن فئة الذين يمارسون مهنة ما ولكنهم غير مستقرين فيها لأسباب متعددة مما يجعلهم يعرفون فترات متقطعة من البطالة تكون في بعض الأحيان طويلة بلغ عددهم 28 فردا مشكلين بذلك نسبة 28%. أما فئة البطالين – الأفراد الذين لا يمارسون أي عمل – فقد بلغ تعدادهم 09 أفراد ونسبتهم بلغت 12 % .

3 – وسائل القياس :

بهدف التحقق من فرضيات البحث الحالي لجأنا لاستعمال بعض المقاييس التي تعرف رواجا كبيرا بين الباحثين وتُذكر في العديد من الدراسات والبحوث الأكاديمية .

وتعتبر هذه المقاييس حسب ما يوردوه الباحثون أنها من أكثر المقـــاييس استعمالا في مختلف الدوريات والمجلات العلمية، وقد قمنا في الدراسة الحاليـــة بالتأكد من ثبات المقاييس التي سيتم عرضها عند كل مقياس، كما اعتمدنا أيضا على الصدق الظاهري بحيث قمنا بعرض بطارية المقاييس على مجموعة مـــن الأساتذة عددهم 12 – مذكورين بالأسماء ورتبهم العلمية، والجامعة التي ينتمون إليها – وطلب منهم قراءة بنود كل مقياس على حدا بتمعن وتمحص، ومحاولـــة العثور على الالتباس إن وجد أو احتمال وجود رطانة مفهومية علـــى مســـتوى العبارات. علما أن أغلبية المقاييس تم استعمالها في دراســـات أخـــرى ومنهـــا دراسات آيت حمودة حكيمة (1999)، (2006). ولوحظ أن أغلبية المحكمين لـــم يبدو اعتراضا على أي مقياس أو أي عبارة، إلا أنهم اقترحوا تخفـــيض عـــدد المقاييس المستعملة والاكتفاء بمقياس الضغط واستراتيجيات التعامل، ونظـــرا لإيمان الباحث بضرورة تطبيق جميع المقاييس لوجود علاقة ذات دلالة هامـــة بين هذه المتغيرات حسب ما يشير إليه التراث السيكولوجي، فإنه وضح الأمـــر للمحكمين الذين انتهوا إلى ضرورة الابتعاد عن تطبيق جميع المقاييس في نفس الجلسة باعتبارها مرهقة للمفحوص، وتوزيعها على جلستين .

وقد تشكلت أدوات البحث الحالي من :

3-1 – الاستبيان :

تم تصميم استبيان يهدف جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول أفراد العينة، وقد اشتمل على مجموعة من البيانات (السن، الجنس، الحالـــة المدنيـــة، المستوى التعليمي، الحالة الصحية، الوظيفة)،كما خصصنا ســـؤالا عـــن عـــدد المحاولات التي قام بها أفراد العينة ،في حين ركزنا فـــي ســـؤال آخـــر علـــى الوسائل التي لجأ إليها أفراد عينة البحث عند محاولتهم للانتحار.

لجأنا أيضا إلى سؤال حولنا من خلالها التعرف على العوامل والأسباب الكامنة خلف المحاولة الانتحارية لدى أفراد عينة البحث.

ونشير هنا إلى أن معظم أفراد العينة اكتفوا بالإجابة على الأسئلة الأولية أما السؤال الأخير فقد كانت إجاباتهم عليه محتشمة لم تف بالغرض الذي أعد من أجله، فقد تم عرض السبب فقط، دون التوغل في ثناياه الأمر الذي يجعلنا غير متأكدين هل هو السبب الفعلي أم لا. ولم نتمكن من تقديم تساؤولات للمفحوصين كمحاولة للكشف عن الأسباب الفعلية نظرا نظرا لميلهم للانسحاب وبالتالي عدم الإجابة على بنود المقياس.

3-2- مقياس بيك Beck للاكتئاب :

يتكون المقياس الكامل من 21 مجموعة من العبارات، تتكون كل منها من أربع عبارات تم ترتيبها بحيث تعكس شدة الاكتئاب من 0 – 3 وقد تم التوصل إلى بنود المقياس من الملاحظات الاكلينيكية للأعراض والاتجاهات التي كانت تظهر على المكتئبين بتكرار أكثر من ظهورها على غير المكتئبين، ولم يتم اختيار أي من هذه البنود اعتمادا على نظرية محددة في الاكتئاب، أما المقياس الحالي فيعد الصورة المختصرة للمقياس الكامل نشرت لأول مرة في مقال Beck بيك وأحد مساعديه عام (1972) وتتكون هذه الصورة من 13 مجموعة من العبارات فقط .

أ – المواصفات السيكومترية لمقياس الاكتئاب في البيئة العربية :

تم إجراء عدة دراسات لبحث العلاقة بين الدرجة على المقياس الكلي للاكتئاب والذي يتكون من 21 مجموعة من العبارات، وبين المقياس المختصر الحالي .

في الدراسة الأولى تم تطبيق المقياس الكامل على 50 من الإناث الموظفات في الهيئة القومية للاتصالات السلكية واللاسلكية المصرية بمتوسط

سن مقداره 31.8 عام وانحراف معياري 8.14 ووصل معامل الارتبــاط بــين الدرجة الكلية على المقياس الكامل والدرجة على المقياس المختصر 0.96 .

في الدراسة الثانية تم تطبيق المقياس الكامــل علــى 50 مــن الــذكور الموظفين في الهيئة القومية للاتصالات السلكية واللاسلكية المصرية بمتوســط سن مقداره 38.74 عام وانحراف معياري 8.71 ووصل معامل الارتبــاط بــين الدرجة الكلية على المقياس الكامل والدرجة على المقياس المختصر إلــى 0.96 أيضا.

ب – ثبات المقياس في البئة العربية :

استخدم غريب عبد الفتاح غريب (1990) في دراســته لثبــات مقيــاس الاكتئاب طريقة القسمة النصفية، وطريقة إعادة التطبيــق، باســتخدام طريقــة القسمة النصفية تم تجزئة المقياس إلى جزئين الأول يتضمن الفئــات الفرديــة والثاني يتضمن الفئات الزوجية وذلــك لــ 5 أفــراد مــن العــاملين بالهيئــة القومية للاتصالات الدولية المصرية، ووصل معامل الارتباط بين الجزئين إلى 0.77. وباستخدام معادلة سبيرمان وصل معامل الارتباط إلى 0.78 وهو معامل دال عند 0.01 .باستخدام طريقة إعادة التطبيق استخدمت درجات 33 شخصــا من البالغين، تم تطبيق المقياس عليهم مرتين بفاصــل زمنــي مقــداره شــهر ونصف، ووصل معامل الثبات بهذه الطريقة إلى 0.77 وهو معامــل دال عنــد مستوى 0.01 ونفس الشيء أثبته غــريــــــب (1996) بالإمــارات العربيــة المتحدة .

جـ – صدق المقياس في البيئة العربية :

استخدمت طريقة الصدق التلازمي في دراسة صدق مقياس الاكتئاب فــي البيئة العربية، ففي مصر تم إيجاد معامل الارتباط بين مقياس الاكتئاب ومقياس

الاكتئاب من مقياس الشخصية متعدد الأوجه **MMPI**، وقد استخدمت درجات 43 شخصا لهذا الغرض ووصل معامل الارتباط بين درجات هؤلاء على المقياسين إلى 0.60 وهو معامل دال عند مستوى 0.01 (غريب غريب، 1990) .

د – طريقة التصحيح :

يتكون هذا المقياس من **13** مجموعة من العبارات، تتكون كل مجموعة من أربع عبارات متدرجة من **(0)** إلى **(3)**، ولتصحيح المقياس يتم جمع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في المجموعات الثلاث عشر للوصول إلى الدرجة الكلية على المقياس.

وتتراوح الدرجات على المقياس من **(0)** إلى **(39)** الحد الأقصى للاكتئاب، وهذا الأسلوب لا يتبع أسلوب المعايير التقليدية وتحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية، ولكن الأسلوب المتبع لتقدير وجود الاكتئاب من عدمه وشدته هو أسلوب الدرجات الفاصلة.

والدرجات المحددة في هذا المقياس في صورته المختصرة تتبع التصحيح التالي :

جدول رقم (17) : تقدير درجة الاكتئاب باستخدام مقياس بيك BECK

.

مدى الدرجة	مدلول الدرجة
0 – 4	**الحد الأدنى**
5 – 7	**معتدل – غير حاد**
8 – 15	**متوسط**
16 + (فما أكثر)	**شديد**

➢ **حساب ثبات المقياس في الدراسة الحالية :**

تم حساب ثبات المقياس عن طريق إعادة التطبيق، حيث تم تطبيقه على مجموعة قوامها 40 فردا (ن=40) من طلاب قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، السنة الثالثة بجامعة سعد دحلب البليدة وكان الفاصل الزمني بين مرتي التطبيق ثلاثة أسابيع، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني والذي بلغ 0.49 وهو معامل دال عند مستوى الدلالة 0.01 .

3-3- استبيان إدراك الضغط :

أ – تصميمه :

صمم هذا الاستبيان لفنستاين وآخرون (1993) Levenstein لقياس مؤشر إدراك الضغط Perceived Stress Index، ويشمل الاستبيان ثلاثون عبارة تتوزع وفق نوعين من البنود، مباشر وغير مباشر .

تضم البنود المباشرة 22 عبارة تشكل البنود رقم : 2،3،4، 27،26،24،22،20،19،18،16،15،14،12،11،9،8،6،5،28 و30 . بينما تشمل البنود غير المباشرة 8 عبارات تشكل البنود رقم :1 ،7 ،10، 13، 17، 21، 25 و29

ب – طريقة التصحيح :

ينقط هذا الاستبيان بدرجات تتراوح ما بين 1 إلى 4 لكل بند، غير أنه لابد من الإشارة إلى اختلاف طريقة التنقيط بين البنود المباشرة وغير المباشرة، حيث يتم تنقيط البنود المباشرة من 1 إلى 4 من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة) وتدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع عندما يجيب المفحوص بالقبول اتجاه الموقف. بينما يتم تنقيط البنود غير المباشرة بصفة معكوسة من 4 إلى 1 من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة). وتمنح الدرجات لكل بند وفق ما يلي :

1 – تقريبا أبدا.

2– أحيانا

3 –كثيرا .

4 – عادة .

ويحسب مؤشر الضغط بالمعادلة التالية :

مؤشر الضغط = (مجموع القيم الخام – 30) / 90

$$\text{Perceived Stress Index} = \frac{\text{raw score} - 30}{90}$$

ويتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاستبيان من البنود المباشرة وغير المباشرة وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من (0) ويدل على أدنى مستوى ممكن من الضغط (lowest possible level of stress) إلى غاية (1) الذي يدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط (highest possible level of stress).

ج – صدق المقياس :

تم التحقق من صدق الاستبيان باستخدام الصدق التلازمي الذي يقوم على مقارنة إستبيان إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط، وأظهر هذا النوع من الصدق وجود ارتباط قوي مع سمة القلق وقدر بـ 0.75 ومع مقياس إدراك الضغط لـ Cohen يقدر بـ 0.73، بنما سجل ارتباط معتدل يقدر بـ 0.56 مع مقياس الاكتئاب، وارتباط ضعيف يقدر بـ 0.35 مع مقياس القلق حالة

د – **ثبات المقياس :**

تم قياس التوافق الداخلي للاستبيان باستعمال معامل ألفا فأظهر وجود تماسك قوي يقدر بـــ 0.90، كما أظهر قياس ثبات الاستبيان بطريقـــة التطبيـــق وإعـــادة التطبيق بعد فاصل زمني قدر بـــ 8 أيام وجود معامل ثبات مرتفع يقدر بـــ 0.82 (Levenstein et al ,1993 نقلا عن آيت حمودة حكيمة 1999) .

➢ حساب ثبات المقياس في الدراسة الحالية :

وتم حساب ثبات المقياس عن طريق إعادة التطبيق حيث تم تطبيقـــه علـــى مجموعة قوامها 40 فردا (ن=40) فردا من طلاب قسم علم النفس وعلوم التربيـــة والأرطوفونيا، السنة الثالثة بجامعة سعد دحلب البليدة وكان الفاصـــل الزمنـــي بـــين مرتي التطبيق ثلاثة أسابيع، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني والذي بلغ 0.51 وهو معامل دال عند مستوى الدلالة 0.01 .

3-4- مقياس بيك لليأس :

حظي مقياس بيك لليأس BHS باهتمام كبير على المستوى العالمي، فترجم لعدة لغات. ومع ذلك لم يحظ هذا المقياس باهتمام عربي ولـــم تصـــدر أي ترجمـــة عربية لهذا المقياس، عدا المحاولة التي قامت بها الباحثة يحياوي حســـينة بـــالجزائر 1998.

أ- تصميم المقياس :

نشر مقياس بيك لليأس Beck Hoplessness Scale BHS من إعـــداد بيك و ستير Beck ,Steer عام (1974) في أصله الانجليـــزي، وعـــام (1988) صدرت الطبعة الثانية للمقياس بدون أي تعديل أو إضافة بالنســـبة لعـــدد البنـــود أو نوعيتها.

تتكون الصيغة الأولى التي صدرت عام (1974) من عشـــرون بنـــدا تـــم صياغتها بطريقة سهلة ومختصرة، علما أن بيك يعرف اليأس بأنه حالـــة وجدانيـــة

تبعث على الكآبة وتتسم بتوقعات الفرد السلبية نحو الحياة والمستقبل وخيبة الأمل أو بالتعاسة وتعميم الفشل في كل محاولة، وهو ما أطلق عليه الثالوث المعرفي للاكتئاب واليأس، وتعني النظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل.

وبناءا على هذا التعريف وضع بيك وستير Beck ,Steer بنود المقياس بحيث تدور تسع بنود منها حول اتجاه الفرد نحو المستقبل، اشتقت من قائمة الانطباع الحالي عن المستقبل من تأليف (Heimberg, 1961) ومن ثم عدلت وأعيدت صياغتها لكي تتناسب مع أهداف المقياس الحالي، أما بقية البنود وعددها إحدى عشر 11 بندا فقد أُخذت من المرضى العقليين الذي تم تشخيصهم باليأس من قبل المعالجين النفسانيين والتي تدور عباراته حول التشاؤم، حيث أن تلك العبارات تعكس الاتجاه السلبي نحو المستقبل والتي كان يستخدمها المرضى في حديثهم بشكل متكرر يوميا، ثم عرض المقياس على محكمين لمراجعته وقد تم تصويب المقياس نحويا ومن ثم طبق على مجموعتين متعارضتين (مكتئبين وغير مكتئبين) وقد نجح المقياس في التمييز بين المجموعتين من خلال تحليل التباين بين استجاباتهم .

ب- تطبيق المقياس :

صمم مقياس بيك لليأس لاستخدامه مع المرضى البالغين سواء الخاضعين للعلاج الاكلينيكي (المرضى الموجودين في المستشفى أو خارجه) أو غير الخاضعين له (مثل طلاب الكليات، أو المتقدمين للوظائف) والذين تتراوح أعمارهم بين الثامنة عشر والسبعين عاما.

يطبق المقياس بشكل ذاتي إذ تعد التعليمات المدونة على ورقة الأسئلة كافية ومختصرة لتوجيه المفحوصين.كما يتطلب تطبيق المقياس مستوى من القراءة، وتستغرق عملية التطبيق ما بين 05 – 10 دقائق تقريبا، إلا أنه يمكن ملاحظة طول الوقت حين يكون أفراد العينة من كبار السن أو الذين لديهم تدني في الأداء الحركي والمعرفي أو بطيئوا القراءة .

ج- تصحيح المقياس :

يتكون مقياس بيك لليأس من 20 بندا يجيب عليها المفحوص باختيار إجابة واحدة من إجابتين (نعم - لا) على كل بند . ويبدأ التصحيح بإعطاء (11) بندا المرقمة (2-4-7-9-11-12-14-16-17-18-20) في المقياس درجة (1) للإجابة بنعم و (0) للإجابة لا .

أما البنود التسعة الأخرى المرقمة (1-3-5-6-8-10-13-15-19) يتم تصحيحها بشكل معكوس وتحصل الإجابة لا على درجة واحدة (1) والإجابة نعم على (0) .

ومن هنا يمكن استخراج الدرجة الكلية التي حصل عليها المفحوصون بجمع الدرجات أو النقاط لكل إجابة اختارها المفحوص.

ويمكن أن تتفاوت الدرجة الكلية على المقياس من صفر (الحد الأدنى) إلى عشرون (الحد الأقصى). وتعكس الدرجة العالية للمقياس يأسا مرتفعا، فيما تعكس الدرجة الدنيا يأسا منخفضا.

د- الخصائص السيكومترية لمقياس بيك لليأس في نسخته العربية:

قام بدر محمد الأنصاري (2002) بترجمة بنود المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية وهذا بعد حصوله على موافقة المؤلف الأصلي، وللتحقق من سلامة الترجمة عرضت النسخة المعربة والصورة الأصلية للمقياس لدورات عديدة من المراجعة من قبل المتخصصين في علم النفس وفي اللغة الانجليزية. وأسفرت محاولة تكييف المقياس على ثبات وصدق عالي وهذا على النحو التالي :

- **الثبات :**

اعتمد بدر محمد الأنصاري (2002) في حساب الثبات على طريقة معاملات ألفا كرونباخ بعد تطبيق المقياس (خلال الموسم الجامعي 1997-1998 و 2000-2001) على عينات من طلاب جامعة الكويت في ثمانية دراسات مستقلة، وقد

أسفرت نتائج الدراسات على ارتفاع معاملات ألفا بحيث تراوحت بين 0.78 و 0.92 مما يشير إلى اتساق داخلي مرتفع للمقياس (لأن معامل الثبات الذي يساوي أو يزيد عن 0.70 يعد مقبولا في مقاييس الشخصية).

- **الصدق :**

قام بدر محمد الأنصاري (2002) بحساب صدق التكوين لمقياس بيك لليأس على عينة قوامها 277 طالبا وطالبة من جامعة الكويت بعدة طرق من بينها الصدق التقاربي والاختلافي وذلك من خلال حساب الارتباطات المتبادلة بين مقياس اليأس والمقاييس التالية : اليأس، التفاؤل غير الواقعي، التوجه نحو الحياة، القلق، الاكتئاب، الذنب، الخزي، الذهانية، الانبساط، العصابية، الكذب، التفتح، الطيبة، يقظة الضمير وذلك في ستة دراسات مستقلة.

وقد أسفرت نتائج الدراسات على وجود ارتباطات جوهرية موجبة بين اليأس والتشاؤم والاكتئاب والقلق والعصابية والذنب والخزي مما يشير إلى الصدق التقاربي أو الاتفاقي لهذا المقياس، ومن جهة أخرى كشفت الارتباطات الجوهرية السالبة بين اليأس وكل من التفاؤل والتفاؤل غير الواقعي عن الصدق الاختلافي أو الافتراقي لمقياس بيك لليأس.

يمكن القول أن مقياس بيك لليأس يتمتع بخواص سيكومترية جيدة، حيث يتوفر له قدر مرتفع من الثبات والصدق، ويمكن استخدامه في مجالات عديدة منها على سبيل المثال لا الحصر في علم نفس الشخصية، علم نفس الصحة، علم النفس الاكلينيكي والإرشادي، علم النفس الصناعي.

- **حساب ثبات المقياس في الدراسة الحالية :**

تم حساب ثبات المقياس عن طريق إعادة التطبيق حيث تم تطبيقه على مجموعة قوامها (ن=40) فردا من طلاب قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، السنة الثالثة بجامعة سعد دحلب البليدة وكان الفاصل

الزمني بين مرتي التطبيق ثلاثة أسابيع، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني والذي بلغ 0.65 وهو معامل دال عند مستوى الدلالة 0.01 .

3-5- استبيان استراتيجيات التعامل : Ways of coping questionnaire

أ – تصميم الاستبيان :

تم تصميم هذا الاستبيان من قبل فولكمان ولازاروس , Folkman Lazarus سنة (1988) لتزويد الباحثين بمقياس يهدف للكشف عن دور المواجهة في العلاقة بين الضغط والتوافق. ويهتم الاستبيان بتقدير الأفكار والسلوكات التي يستعملها الأفراد لمواجهة الضغوط التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، وقد استمد من النظرية المعرفية الظواهرية للضغط والمواجهة Cognitive-phenomenological theory of stress and coping لفولكمان ولازاروس (1984) Folkman , Lazarus .

ويركز الاستبيان أيضا على تعريف المواجهة كمجهودات معرفية وسلوكية لإدارة متطلبات خارجية و/أو داخلية خاصة ومرهقة وتتجاوز الموارد الفردية. ويمكن أن يستعمل الاستبيان كأداة بحث في الميادين الاكلينيكة مثل دراسة طرق المواجهة مع أنواع الأمراض وشدتها و/أو لقياس أثر التدخلات العلاجية، ويهدف أيضا لتحديد الأفكار والسلوكات التي يستعملها الأفراد لمواجهة الضغوط الحياتية التي يتعرضون لها، ويتكون الاستبيان من 50 عبارة تتوزع على 8 مقاييس للمواجهة، وتم تحديدها من خلال التحليل العاملي وتتمثل في :

1. إستراتيجية التصدي Confrontive Coping وتشمل البنود التالية : 2، 3، 13، 21، 26 و37 .

2. إستراتيجية مخططات حل المشكل Palnful Problem Solving وتشمل البنود التالية 20 ،30، 39، 40، 43 و 1 .
3. إستراتيجية اتخاذ مسافة Distancing وتشمل البنود التالية : 8، 9، 11، 16، 32 و35 .
4. إستراتيجية ضبط الذات Self Controling وتشمل البنود التالية : 10،6، 27، 34، 44، 49 و 50.
5. إستراتيجية البحث عن سند اجتماعي Seeking Social Support وتشمل البنود التالية:4، 14، 17 ،24، 33 و 36.
6. إستراتيجية تحمل المسؤولية Accepting Responsability وتشمل البنود التالية :5، 19، 22 و42.
7. إستراتيجية التهرب / التجنب Escape – Avoidance وتشمل البنود التالية : 7، 12، 25، 31، 38، 41، 46 و 47 .
8. إستراتيجية إعادة التقدير الايجابي Positive Reappraisal وتشمل البنود التالية : 15، 18، 23، 28، 29، 45 و 48 .

ب – تطبيق الاستبيان :

يمكن أن يطبق الاستبيان ذاتيا من قبل المفحوص (تقدير ذاتي) ويمكن أن يساعد الفاحص المفحوص أثناء المقابلة في إعادة بناء الحدث الضاغط الخاص وأن يخبره بأن الاجابة على البنود ترتبط بالمشكل الذي تعرض له وليس الإجابة بصفة عامة، كما أن مدة الاجابة تتغير حسب المفحوصين وترتبط بالحدث الضاغط الخاص .

ج – طريقة التصحيح :

يعتمد التصحيح على طريقة القيم الخام Raw Scores ويرتبط بمجهودات المواجهة في كل نوع من المقاييس الثمانية، ويجيب الأفراد على كل بند وفق

سلم بأربعة (4) درجات مشيرة إلى مدى تكرار كل استراتيجة واستعمالها من قبل الفرد لمواجهة الحدث الضاغط الخاص وتتمثل في الآتي :

0 - إطلاقا.

1 - إلى حد ما.

2 - كثيرا.

3 - كثيرا جدا.

وتمثل القيم الخام مجموع إجابات الفرد للبنود .

د – ثبات وصدق المقياس :

لبنود استبيان استراتيجيات المواجهة صدق ظاهري، ذلك أن الاستراتيجيات المذكورة هي نفسها التي صرح بها الأفراد أنهم يستعملونها لمواجهة متطلبات الوضعيات الضاغطة، كما أظهرت دراسة صدق التكوين الفرضي مدى انسجام نتائج الدراسة مع التنبؤات النظرية التي تم الانطلاق منها وتخص المواجهة كسيرورة، وأن مواجهة الأفراد تتغير ومتطلبات الوضعية (Lazarus ,Folkman 1988 نقلا عن آيت حمودة حكيمة 2006) .

- **حساب ثبات المقياس في الدراسة الحالية :**

قامت آيت حمودة حكيمة (2006) بحساب ثبات المقياس في نفس الفترة التي كان الباحث يعد دراسته، فاستعان بنتائج بحثها التي اعتمدت فيها على طريقة التطبيق وإعادة التطبيق على عينة قوامها 28 من طلاب قسم علم النفس وعلوم التربية، السنة الرابعة عيادي بجامعة باجي مختار، عنابة، وكان الفاصل الزمني بين مرتي التطبيق أسبوعين، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والتطبيق الثاني، وذلك بالاعتماد على معامل الارتباط لبرسون وكانت النتائج كالتالي :

الإستراتيجية	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
مخططات حل المشكل	0.40	دال عند 0.05
التصدي	0.68	دال عند 0.01
اتخاذ مسافة	0.47	دال عند 0.01
ضبط الذات	0.45	دال عند 0.05
تجنب – تهرب	0.71	دال عند 0.01
البحث عن سند اجتماعي	0.37	دال عند 0.05
تحمل المسؤولية	0.60	دال عند 0.01
إعادة التقدير الايجابي	0.56	دال عند 0.01

جدول رقم (18) : معاملات الارتباط لاستبيان استراتيجيات المواجهة ومستويات الدلالة.

4- معالجة المعطيات إحصائيا :

بناءا على فروض الدراسة فقد تم تحديد المعالجات الإحصائية التالية :

1 – لجأ الباحث لاستعمال معامل الارتباط الذي بني بهدف قياس قـوّة أو درجة الارتباط الخطيّ المفترض بين متغيّرين، كلّ واحد منهما مقاس على سلّم وحدات، وبواسطته يمكن تحدّيد المؤشّر المتعلّق بالارتباط بين x و y، والقيمة المحصّل عليها تترجم العلاقات المتبادلة بينهما، فتعتبر مؤشّر لقـوّة

الارتباط بينهما (فريدة طايبي 2008). وفي الدراسة الحالية تم استخدام معامل سبيرمان تحديدا للتعرف على العلاقة القائمة بين متغيرات البحث، وقد عمـــدنا إلى هذا النوع من معاملات الارتباط نظرا لوجود تشتت على مستوى البيانات.

2 – دراسة الفروق الموجودة بين الجنسين في متغيرات البحـــث وكـــذا دراسة الفروق بين مجموعة المحاولين للانتحار وهذا وفقا لعدد المحاولات .وقد استعملنا في الدراسة الحالية إختبار ت لدراسة الفروق، كما لجأنا فـــي بعـــض الأحيان لاستعمال اختبار لا معلمي kruskal-wallis وهذا لعدم تجانس العينـــة .كما تم استعمال اختبار Anova أحادي العامل في بعض الأوقات ولكنـــه أُتبـــع بمعالجالت احصائية أخرى وهذا يعود، لعدم التمكن من معرفـــة الفـــروق بـــين المجموعات الثلاث، حيث أن أنوفا لا يخبرنا بنتائجه لصالح أي فئة يعود هـــذا الفرق، ومن ثم لجأنا لاستعمال اختبار Tukey للبحث ولمعرفة المقارنات الدالة وغير الدالة.

- **خلاصة :**

في هذا الفصل تم التعرض للمنهج المستعمل في الدراسة الحالية والمتمثل في المنهج الوصفي، بالإضافة إلى العينة ونوعها المتمثل في العينة القصدية وخصائصها وطريقة جمعها وحجمها، إلى جانب جملة المقاييس المطبقة والمتمثلة في مقياس بيك للاكتئاب، مقياس بيك لليأس، مقياس فولكمان ولازاروس لأساليب التعامل مع الضغوط، ومقياس إدراك الضغط النفسي للفنستين.

كما تعرضنا في هذا الفصل للأساليب الإحصائية التي قمنا باستخدامها في معالجة معطيات البحث الحالي.

الفصل الخامس

عرض النتائج

تمهيد :

بعدما قام الباحث بتحليل بيانات بحثه بالاعتماد على المعالجات الإحصائية المناسبة وهذا بهدف اختبار فرضياته، توصل إلى النتائج التي سيتم عرضها في هذا الفصل ثم مناقشتها في الفصل الذي يليه. وقد اعتمد الباحث في عرض النتائج على طريقة مبسطة يتم من خلالها إظهار نتائج المعالجة الإحصائية لكل فرضية على حدا، وهذا على النحو التالي :

1 – نتائج العلاقة بين درجة إدراك الضغط النفسي واستراتيجيات التعامل لدى فئة من محاولي الانتحار :

ينص الفرض الجزئي الأول المنبثق من الفرض الرئيسي الأول على أن هناك علاقة سالبة ودالة إحصائيا بين درجة إدراك الضغط النفسي واستخدام استراتجيات التعامل المركزة على المشكل لدى محاولي الانتحار .

وبعد القيام بحساب معامل الارتباط لسبيرمان وجدنا ما يلي :

جدول رقم (19) : نتائج العلاقة بين درجة إدراك الضغط النفسي واستراتيجيات التعامل المركزة على المشكل لدى فئة محاولي الانتحار .

المتغيرات		معامل الارتباط	مستوى الدلالة
إدراك الضغط النفسي/ استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل	إدراك الضغط النفسي/ التصدي	0.08	غير دال
	إدراك الضغط النفسي/ مخططات حل المشكل	−0.15	غير دال

يظهر من خلال نتائج المعالجة الإحصائية عدم وجود ارتباط دال إحصائيا بين إدراك الضغط النفسي واستخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل لدى فئة من محاولي الانتحار، وبالتالي لم يتحقق الفرض الأول الجزئي.

ينص الفرض الثاني الجزئي على وجود علاقة موجبة ودالة بين شدة إدراك الضغط النفسي واستراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال ،وبعد قيامنا بالمعالجة الإحصائية تحصلنا على ما يلي :

جدول رقم (20) : نتائج العلاقة بين درجة إدراك الضغط النفسي واستراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال لدى فئة محاولي الانتحار .

المتغيرات		معامل الارتباط	مستوى الدلالة
إدراك الضغط النفسي/ استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال	إدراك الضغط النفسي/ إعادة التقدير الايجابي	0.02	غير دال
	إدراك الضغط النفسي/ اتخاذ مسافة	0.23	دال عند α = 0.05
	إدراك الضغط النفسي/ ضبط الذات	0.12	غير دال
	إدراك الضغط النفسي/ البحث عن سند اجتماعي	−0.13	غير دال
	إدراك الضغط النفسي/ تحمل المسؤولية	−0.09	غير دال
	إدراك الضغط النفسي/ تجنب−تهرب	−0.06	غير دال

من حيث علاقة درجة إدراك الضغط النفسي واستخدام استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال لم تكن هناك دلالة إحصائية إلا فيما يتعلق بإستراتيجية اتخاذ مسافة وهذا عند مستوى الدلالة 0.05.

2 – نتائج العلاقة بين درجة إدراك الضغط النفسي والاكتئاب :

يبحث الفرض الثالث في العلاقة بين درجة إدراك الضغط النفسي وعلاقته بالاكتئاب لدى فئة من محاولي الانتحار، وقد تحصلنا على النتيجة التالية :

جدول رقم (21) : نتائج العلاقة بين درجة إدراك الضغط النفسي والاكتئاب .

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
إدراك الضغط النفسي / الاكتئاب	0.41	دال عند α 0.01

يتضح من الجدول أعلاه وجود ارتباط موجب ودال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين درجة إدراك الضغط النفسي والشعور باليأس لدى فئة من محاولي الانتحار ، بحيث كلما ارتفعت درجة إدراك الضغط النفسي ارتفع الشعور باليأس، وتؤكد هذه النتيجة صحة الفرضية الثانية.

3 – نتائج العلاقة بين درجة إدراك الضغط النفسي والشعور باليأس لدى فئة من محاولي الانتحار :

قام الفرض الثالث للبحث عن العلاقة بين درجة إدراك الضغط النفسي والشعور باليأس، ولهذا الغرض قمنا بالمعالجة الإحصائية التي سمحت لنا بالوصول إلى النتيجة المبينة أدناه:

جدول رقم (22) : نتائج العلاقة بين درجة إدراك الضغط النفسي واليأس .

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
إدراك الضغط النفسي/اليأس	0.41	دال عند α 0.01

يتضح من الجدول وجود ارتباط موجب ودال إحصائيا عند 0.01 بين درجة إدراك الضغط النفسي والشعور باليأس لدى فئة من محاولي الانتحار، بحيث كلما ارتفعت درجة إدراك الضغط النفسي كلما ارتفع الشعور باليأس ، وتؤكد هذه النتيجة صحة الفرض الثالث للبحث الحالي.

4 – نتائج العلاقة بين درجة الاكتئاب والشعور باليأس لدى محاولي الانتحار :

هَدَفَ الفرض الرابع إلى البحث عن وجود علاقة دالة بين درجة الاكتئاب والشعور باليأس لدى فئة من محاولي الانتحار، وقد تبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية ما يلي :

جدول رقم (23) : نتائج العلاقة بين درجة الاكتئاب والشعور باليأس لدى محاولي الانتحار.

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الاكتئاب / الشعور باليأس	0.79	دال عند α 0.01

يظهر من الجدول وجود ارتباط موجب ودال إحصائيا عند 0.01 بين درجة الاكتئاب والشعور باليأس لدى فئة من محاولي الانتحار، أي كلما ارتفعت درجة الاكتئاب كلما ارتفع الشعور باليأس. ومنه يمكن القول أن الفرض الرابع قد تحقق.

5 – نتائج العلاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل ودرجة الشعور بالاكتئاب لدى فئة من محاولي الانتحار :

يبحث الفرض الحالي في العلاقة القائمة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل والشعور بالاكتئاب، مفترضا وجود علاقة سالبة فيما يتعلق باستراتيجيات التعامل المركزة على المشكل والاكتئاب، ووجود علاقة موجبة فيما يخص الاستراتيجيات المركزة على الانفعال والاكتئاب. وقد جاءت نتائج المعالجة الإحصائية كالتالي :

جدول رقم (24) : نتائج العلاقة بين استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل ودرجة الشعور بالاكتئاب.

المتغيرات		معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الاكتئاب / استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل	الاكتئاب / التصدي	0.04	غير دال
	الاكتئاب / مخططات حل المشكل	-0.02	غير دال

يتضح من الجدول عدم وجود ارتباط دال بين استخدام استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل (مخططات حل المشكل، التصدي)، ومن ثم يمكن القول أن الفرض الجزئي للفرضية الخامسة لم يتحقق .

جدول رقم (25) : نتائج العلاقة بين استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل ودرجة الشعور بالاكتئاب.

ق	المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
ر الاكتئاب / استراتيجيات ق التعامل المركزة على الانفعال ق	الاكتئاب /إعادة التقدير الايجابي	−0.02	غير دال
	الاكتئاب / اتخاذ مسافة	0.43	دال عند α 0.01
	الاكتئاب /ضبط الذات	0.21	غير دال
	الاكتئاب /البحث عن سند اجتماعي	0.16	غير دال
	الاكتئاب /تحمل المسؤولية	0.13	غير دال
	الاكتئاب /تجنب−تهرب	0.20	غير دال

قراء ة الجدول تمكننا من ملاحظة أن العلاقة بين استخدام مختلف الاستراتيجيات المركزة على الانفعال والاكتئاب غير دالة إحصائيا ما عدا فيما يخص استعمال إستراتيجية اتخاذ مسافة التي ظهرت دالة عند مستوى 0.01 بحيث تشير إلى أنه كلما زاد استخدام إستراتيجية اتخاذ المسافة لدى فئة المحاولين الانتحار، كلما زادت درجة الاكتئاب.

6 – نتائج العلاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل ودرجة الشعور باليأس لدى فئة من محاولي الانتحار:

يتناول الفرض الحالي دراسة العلاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل وعلاقتها بدرجة اليأس لدى فئة من محاولي الانتحار، مفترضين وجود علاقة موجبة ودالة بين الاستراتيجيات المركزة على الانفعال واليأس، ووجود علاقة سالبة بين استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل واليأس، وبينت المعالجة الإحصائية ما يلي :

جدول رقم (26) : نتائج العلاقة بين استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل ودرجة الشعور باليأس.

المتغيرات		معامل الارتباط	مستوى الدلالة
اليأس / استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل	الاكتئاب / التصدي	0.05	غير دال
	اليأس /مخططات حل المشكل	0.35	غير دال

يتضح من الجدول عدم وجود ارتباط بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل (مخططات حل المشكل، التصدي) ودرجة الشعور باليأس، وبالتالي فإن ارتفاع درجة اليأس حسب الدراسة الحالية لا يعود لاستراتيجيات التعامل.

جدول رقم (27) : نتائج العلاقة بين استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال ودرجة الشعور باليأس.

المتغيرات		معامل الارتباط	مستوى الدلالة
اليأس / استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال	اليأس /إعادة التقدير الايجابي	-0.34	غير دال
	اليأس /اتخاذ مسافة	0.39	دال عند α 0.01
	اليأس /ضبط الذات	0.24	دال عند α 0.01
	اليأس /البحث عن سند اجتماعي	0.04	غير دال
	اليأس /تحمل المسؤولية	-0.14	غير دال
	اليأس /تجنب- تهرب	-0.30	غير دال

يُظهر الجدول أعلاه أن استخدام الاستراتجيات المركزة على الانفعال غير مرتبط تماما بارتفاع درجة الضغط وهذا فيما يتعلق بالاستراتيجيات التالية : البحث عن سند اجتماعي، التجنب / التهرب، تحمل المسؤولية، إعادة التقدير الايجابي.

أما فيما يتعلق بإستراتيجية اتخاذ مسافة و إستراتيجية ضبط الذات فتوحي المعالجة الإحصائية بوجود ارتباط دال إحصائيا بارتفاع درجة الشعور باليأس

عند مستوى 0.01، مشيرة بذلك إلى أنه كلما زاد استخدام هاتين الإستراتيجيتين كلما زاد الشعور باليأس .

7 – نتائج الفروق بين في درجة إدراك الضغط النفسي لدى محاولي الانتحـــار وفقا لمتغير الجنس :

يحاول هذا الفرض البحث في الفروق الموجودة بـــين الـــذكور والإنـــاث المحاولين الانتحار، وهذا في مستويات الضغط النفســـي، حيـــث افترضـــنا أن الإناث يتعرضن لمستويات أعلى من الضغط مقارنة بالذكور.

جدول رقم (28) : نتائج الفروق بين الجنسين في متغير إدراك الضغط النفسي .

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
ذكور	41	91.09	11.88	-1.08	73	غير دال
إناث	34	116.44	148.98			

بعد لجوئنا للمعالجة الإحصائية وتحديدا اختبار ت لدراسة الفروق تبين لنا عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الجنسين في مستويات الضغط، وبالتالي لـــم يتحقق لنا هذا الفرض .

8 – نتائج الفروق في درجة إدراك الضغط النفسي لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات :

يبحث هذا الفرض في الفروق الموجودة في درجة إدراك الضغط النفسي بين فئة المحاولين الانتحار، منطلقا من أن الأفراد الذين قاموا بعدة محاولات هم الذين يسجلون درجات عالية من إدراك الضغط النفسي. ونظرا لعدم تجانس العينة لجأنا لتطبيق اختبار لا معلمي وهو اختبار kruskal-wallis وهذا النوع من الاختبارات لا يشترط التجانس، كما أنه يقوم على تحويل القيم إلى رتب، بحيث أن أكبر رتبة تدل على حجم ضغط عالي في هذه الفرضية.

جدول رقم (29) : نتائج الفروق في درجة إدراك الضغط النفسي لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات .

عدد المحاولات	تكرار المحاولات	متوسط الرتب لمتغير إدراك الضغط	قيمة kruskal-wallis	مستوى الدلالة
1	40	31.76	17.61	دال عند α = 0.01
2	22	36.18		
3	11	58.36		
4	02	70.75		
المجموع	75			

يُظهر الجدول أعلاه أن هناك فروق دالة عند مستوى 0.01 بين الفئات المحاولة الانتحار، وهذا باختلاف عدد المحاولات، وقد أظهرت المعالجة الإحصائية أن الضغط كلما كان عالي، كان الإقبال على المحاولة الانتحارية أكثر ومن ثم تكرارها.

وحسب نتائج المعالجة يظهر أن هناك فروق بين عدد المحـــاولات فيمـــا يتعلق بمتغير إدراك الضغط النفسي بحيث كلما ارتفع متوسط الرتب كلمـــا دل على درجات عالية في الضغط النفسي.

أي أن الفئة التي حاولت مرة واحدة بلغ متوسط رتبها في الضغط 31.76 وهو أقل من متوسط الفئة التي حاولت مرتين (36.18)، بينما الفئة التي حاولت ثلاث مرات بلغ متوسطها 58.36، ورغم أن عدد الـــذين حـــاولوا الانتحـــار 4 مرات لم يبلغ عددهم سوى 2 إلا أن متوسط رتبهم بلغ 70.75 وهذا مؤشر عالي لمتغير إدراك الضغط النفسي .

وبالتالي فإن نتائج المعالجة تشير لتحقـــق الفـــرض، أي أن المحـــاولات الانتحارية المتكررة تخفي خلفها ضغط نفسي عالي.

9 – نتائج الفروق في درجة الشعور بالاكتئاب لدى محاولي الانتحـــار وفقـــا لمتغير الجنس :

تهتم هذه الفرضية بالبحث في الفروق الموجودة بين درجـــات الشـــعور بالاكتئاب لدى المحاولين الانتحار وهذا وفقا لمتغير الجـــنس، وهـــذا لصـــالح الإناث.

جدول رقم (30) : نتائج الفروق في درجة الشعور بالاكتئاب لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس

العينة / الضغط	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
ذكور	41	19.51	5.74	1.4–4	73	غير دال
إناث	34	21.47	5.93			

يتضح من الجدول أعلاه عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الجنسين في درجة الشعور بالاكتئاب لدى فئة المحاولين الانتحار ، أي لا يختلف الذكور والإناث من محاولي الانتحار في درجة شعورهم بالاكتئاب وبالتالي لم يتحقق هذا الفرض .

10- نتائج الفروق في درجة الشعور باليأس لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس :

تهتم الفرضية الحالية بمحاولة الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في درجة الشعور باليأس لدى فئة المحاولين الانتحار ، وهذا انطلاقا من أن الإناث أكثر معاناة من اليأس مقارنة بالذكور.

جدول رقم (31) : نتائج الفروق في درجة الشعور باليأس لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس

العينة / الضغط	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
ذكور	41	13.21	2.68	-0.43	73	غير دال
إناث	34	13.47	1.97			

من خلال المعالجة الإحصائية يظهر أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في درجة الشعور باليأس.

11- نتائج الفروق في الشعور بالاكتئاب وفقا لمتغير عدد المحاولات :

نبحث في هذه الفرضية عن الفروق الموجودة في الشعور بالاكتئاب وفقا لعدد المحاولات، على أساس أن الذين يقومون بمحاولات انتحارية متكررة يسجلون درجات عالية في الاكتئاب.

ونظرا لفقدان شرط التجانس بين العينات لجأنا لتطبيق اختبار لا معلمي وهو اختبار kruskal-wallis مرة أخرى، وللتذكير فإن هذا النوع من الاختبارات لا يشترط التجانس بالإضافة إلى أنه يسمح لنا بتحويل القيم إلى رتب، بحيث أن أكبر رتبة تدل على درجة اكتئاب عالي في هذه الفرضية.

جدول رقم (32) : نتائج الفروق في الشعور بالاكتئاب وفقا لمتغير عدد المحاولات.

عدد المحاولات	تكرار المحاولات	متوسط الرتب لمتغير الاكتئاب	قيمة kruskal-wallis	مستوى الدلالة
1	40	28.25	20.94	دال عند α = 0.01
2	22	38.80		
3	11	85.23		
4	02	74.50		
المجموع	75			

يُظهر الجدول أعلاه أن هناك فروق دالة عند مستوى 0.01 بين الفئات المحاولة الانتحار في درجة الاكتئاب، وهذا باختلاف عدد المحاولات، وقد أظهرت المعالجة الإحصائية أن الاكتئاب كلما كان شديدا، كان الإقبال على المحاولة الانتحارية أكثر.

كما يَظهر أن هناك فروق دالة بين عدد المحاولات فيما يتعلــق بمتغيــر الاكتئاب، بحيث كلما ارتفع متوسط الرتب كلما دل على درجــات عاليــة فــي الاكتئاب.

أي أن الفئة التي حاولت مرة واحدة بلغ متوسط رتبها في الاكتئاب 28.25 وهو أقل من متوسط الفئة التي حاولت مرتين والذي بلغ 38.80، بينما الفئة التي حاولت ثلاث مرات بلغ متوسطها 85.23، ورغم أن عدد الذين حاولوا الانتحار 4 مرات لم يبلغ عددهم سوى 2 إلا أن متوسط رتبهم بلغ 74.50 وهذا مؤشــر عالي لمتغير الاكتئاب.

وبالتالي فإن نتائج المعالجة تشير لتحقــق الفــرض، أي أن المحــاولات الانتحارية المتكررة تخفي خلفها درجة اكتئاب عالي.

12 – نتائج الفروق في درجة الشعور باليأس لدى محــاولي الانتحــار وفقــا لمتغير عدد المحاولات :

في هذا الفرض نحاول إظهار الفروق الموجودة في درجة الشعور باليأس بين محاولي الانتحار وهذا وفقا لعدد المحاولات التي قاموا بها، منطلقين من أن الذين كرروا محاولاتهم الانتحارية هم أشد يأسا من غيرهم.

ولدراسة هذه الفروق قمنا بالمعالجة الإحصائية التي اعتمدنا فيهــا علــى Anova أحادي العامل. وهذا بعد قيامنا بتطبيق اختبار ليفين لحساب التجانس.

جدول رقم (33) : نتائج الفروق في درجات اليأس حسب متغير عدد المحاولات – Anova أحادي العامل –

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	معدل المربعات	F	مستوى الدلالة
مابين	135.75	3	45.25	11.35	دال عند α = 0.01
داخل	282.91	71	3.98		
كلي	418.66	74			

من خلال المعالجة الإحصائية بتطبيق Anova أحادي العامل يتبين أن هناك فروق دالة بين المجموعات الثلاث في درجات اليأس وفقا لعدد المحاولات التي قام بها أفراد العينة، إلا أن هذه النتيجة لا تُظهر لصالح من يعود هذا الفرق، أي أن النتيجة لا تسمح لنا بتحديد الفئة التي تعرف يأسا شديدا مقارنة بالفئات الأخرى، لذلك عمدنا لاستخدام معالجة إحصائية أخرى والتي تعرف باختبار Tukey الذي يمكن الاستفادة منه عند البحث عن المقارنات الدالة وغير الدالة وبالتالي يدلنا في الأخير على الفئة التي تعرف يأسا شديدا وفقا لمتغير عدد المحاولات.

جدول رقم (34) : نتائج الفروق في درجات اليأس حسب متغير عدد المحاولات

بتطبيق اختبار Tukey

عدد المحاولات	قيمة الفرق	دلالة الفرق
محاولة واحدة – محاولتين	1.31−	غير دال
محاولة واحدة – ثلاث محاولات	3.13−	دال عند 0.05
محاولة واحدة – أربع محاولات	5.17−	دال عند 0.05
محاولتين – ثلاث محاولات	2.00−	دال عند 0.05
محاولتين – أربع محاولات	3.86−	غير دال
ثلاث محاولات – أربع محاولات	1.86−	غير دال

توضح نتائج تطبيق اختبار Tukey أن هناك فروق بين الفئات التي قامت بمحاولات متعددة، وهذا الاختبار يمكننا من الوصول إلى النتائج التالية :

لا يوجد فرق دال بين الذين قاموا بمحاولة واحدة والذين قاموا بمحاولتين إذ بلغت قيمة الفرق 1.31- كما لا توجد فروق دالة بين الذين قاموا بمحاولتين انتحاريتين وأربع محاولات، حيث بلغ الفرق بينهما 3.86−، كما لم تظهر فروق بين الذين قاموا بثلاث محاولات وأربع محاولات، وقد بلغ الفرق بينهما 1.86− .

أما الفروق الدالة فقد ظهرت بين الذين قاموا بمحاولة انتحارية واحدة والذين قاموا بثلاث محاولات، حيث بلغ الفرق بينهما 3.13- ، كما ظهرت الفروق بين الذين حاولوا مرة واحدة والذين حاولوا أربع محاولات وظهرت قيمة الفرق 5.17- .أما مستوى الفرق بين الذين حاولوا مرتين والذين حاولوا أربع محاولات فقد بلغ 2.00- .تجدر الإشارة إلى أن مستويات الفرق هذه دالة عند مستوى 0.05.

كما يمكن تفسير هذه الفروق من خلال المتوسطات الخاصة بكل فئة على حدا ، حيث أن الذين قاموا بمحاولة واحدة بلغ متوسطهم في درجات اليأس 12.32، أما الذين قاموا بمحاولتين فقد سجلوا متوسطا يعادل 13.63.كما بلغ متوسط درجات اليأس للذين حاولوا الانتحار ثلاث مرات 15.63. في حين وصل متوسط درجات اليأس للذين حاولوا الانتحار أربع مرات 17.50.

ومن خلال هذه المتوسطات التي يزودنا بها اختبار Tukey يمكننا القول أن الذين قاموا بعدة محاولات – أربع محاولات على وجه الخصوص – يسجلون درجات أعلى في اليأس.

وبالتالي يمكن قبول هذه الفرضية بترجيح درجة اليأس لدى الفئة التي حاولت الانتحار أكثر من مرة.

13- نتائج الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس :

ترمي هذه الفرضية إلى محاولة الكشف عن الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل لدى فئة من محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس. وقد قمنا بالمعالجة الإحصائية التي تسمح لنا بهذا، وذلك بتطبيق اختبار ت.

وفيما يتعلق بالاستراتيجيات المستخدمة من قبل المحاولين للانتحار والمركزة على المشكل يظهر الجدول ما يلي :

جدول رقم (35) : نتائج الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس .

الاستراتيجيات		الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
استراتجيات التعامل المركزة على المشكل	التصدي	ذكور	41	11.41	1.83	73	-2.38	دال عند 0.05
		إناث	34	12.50	2.10			
	مخططات حل المشكل	ذكور	41	6.70	2.21	73	0.84	غير دال
		إناث	34	6.29	1.97			

يتضح من الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق بين الجنسين فيما يتعلق باستخدام الإستراتيجية المركزة على مخططات حل المشكل، بينما يظهر أن هناك فرق دال إحصائيا بين الذكور والإناث عند مستوى 0.05.لصالح الإناث وهذا فيما يرتبط بإستراتيجية التصدي.

جدول رقم (36) : نتائج الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس .

الاستراتيجيات		الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
استراتجيات التعامل المركزة على الانفعال	إعادة التقدير الايجابي	ذكور	41	10.92	3.31	73	0.80	غير دال
		إناث	34	10.47	3.20			
	اتخاذ مسافة	ذكور	41	13.43	2.40	73	0.41	غير دال
		إناث	34	13.20	2.45			
	ضبط الذات	ذكور	41	10.17	3.95	73	-0.85	غير دال
		إناث	34	10.94	3.81			
	البحث عن سند اجتماعي	ذكور	41	04.58	2.03	73	-3.96	دال عند 0.01
		إناث	34	07.38	3.66			
	تحمل المسؤولية	ذكور	41	05.63	2.02	73	-1.15	غير دال
		إناث	34	06.17	2.02			

	تجنب- تهرب	ذكور	41	14.43	2.18	73	0.66	غيـــــر دال
		إناث	34	14.08	2.36			

حسب الجدول يتضح أنه لا توجد فروق بين الجنسين فيما يتعلق باستخدام استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال ماعدا إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي وهذا لصالح الإناث وبالتالي تقبل الفرضية جزئيا.

14- نتائج الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل لـــدى محـــاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات :

حاول الباحث في هذا الفرض التعــرف علـــى الفـــرق الموجـــود بـــين استراتيجيات التعامل المستخدمة لدى فئة من محاولي الانتحار وهذا وفقا لعـــدد المحاولات التي قاموا بها.

وقد أظهرت المعالجة الإحصائية ما يلي :

جدول رقم (37) : نتائج الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات

الاستراتيجيات		عدد المحاولات	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
استراتجيات التعامل المركزة على المشكل	التصدي	مرة واحدة	40	11.77	2.28	73	0.60	غير دال
		أكثر من مرة	35	12.06	1.69			
	مخططات حل المشكل	مرة واحدة	40	6.67	1.96	73	0.67	غير دال
		أكثر من مرة	35	6.34	2.27			

حسب المعالجة الإحصائية يتضح أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين استخدام استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل وعدد المحاولات -تكرار المحاولة الانتحارية - سواء على مستوى إستراتيجية التصدي أو مخططات حل المشكل. أي لا يوجد فرق في هذه الاستراتيجيات بين الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة والذين حاولوا الانتحار عدة مرات.

جدول رقم (38) : نتائج الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات

الاستراتيجيات		عدد المحاولات	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
استراتجيات التعامل المركزة على الانفعال	إعادة التقدير الايجابي	مرة واحدة	40	10.90	2.98	73	0.51	غير دال
		أكثر من مرة	35	10.51	3.55			
	اتخاذ مسافة	مرة واحدة	40	12.35	2.48	73	-4.24	دال عند 0.01
		أكثر من مرة	35	14.45	1.78			
	ضبط الذات	مرة واحدة	40	9.90	4.09	73	-1.49	غير دال
		أكثر من مرة	35	11.22	3.55			
	البحث عن سند اجتماعي	مرة واحدة	40	6.42	3.35	73	1.67	غير دال
		أكثر من مرة	35	5.20	2.91			
	تحمل المسؤولية	مرة واحدة	40	6.32	1.85	73	2.07	دال عند 0.05
		أكثر من مرة	35	5.37	2.11			
	تجنب-تهرب	مرة واحدة	40	14.45	2.30	73	0.69	غير دال
		أكثر من مرة	34	14.08	2.21			

تظهر المعالجة الإحصائية من خلال الجدول المذكور أعلاه أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في استخدام استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال عموما بين الفئات التي كررت المحاولة الانتحارية، ما عدا في استخدام استراتيجة تحمل المسؤولية التي كانت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 وهذا لصالح الذين حاولوا مرة واحدة، وكذا اتخاذ مسافة التي كانت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 وهذا لصالح الذين حاولوا الانتحار أكثر من مرة.

الفصل السادس

مناقشة النتائج

تمهيد :

بعد قيامنا بمختلف المعالجات الإحصائية بداية من حساب معاملات الارتباط والفروق والترتيب، سنحاول في هذا الفصل أن نناقش ما توصلت إليه نتيجة بحثنا الحالي على ضوء ما ورد في الإطار النظري ووفق ما انتهت إليه الدراسات في مجال الطوارئ النفسية .

وسنلقي الضوء على كل فرضية على حدا وهذا على النحو التالي :

1 – نتائج العلاقة بين درجة إدراك الضغط النفسي واستراتيجيات التعامل لدى فئة من محاولي الانتحار :

أ – نتائج العلاقة بين درجة إدراك الضغط النفسي واستراتيجيات التعامل المركزة على المشكل لدى فئة من محاولي الانتحار :

ينص الفرض الجزئي الأول المنبثق من الفرض الرئيسي الأول على أن هناك علاقة سالبة ودالة إحصائيا بين درجة إدراك الضغط النفسي واستخدام استراتجيات التعامل المركزة على المشكل لدى محاولي الانتحار. وتبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية أنه لا يوجد ارتباط دال بين إدراك الضغط النفسي واستخدام استراتيجيات التعامل مع الضغوط المركزة على المشكل.

وحسب ما يشير إليه كل من شارولي فرنسوا وقج ماري جون (1999) Charoli Francois et Guedj Marie-Jeanne, أن هناك دراسات كثيرة حاولت البحث في العلاقة بين استراتيجيات التعامل والاضطرابات النفسية المختلفة، غير أن هناك فقرا واضحا في الدراسات الخاصة بعلاقة استراتيجيات التعامل والسلوكات الانتحارية على اختلاف أشكالها .مع أن مفهوم استراتيجيات التعامل يمكن أن تكون متغيرا هاما في تطور الضغط إذا تم دراسته في مجال المحاولات الانتحارية كنموذج للاستجابة للضغط. ويشير الباحثان إلى أن البحث في هذا المجال يعتبر حديثا وقيد التطوير، ولكنه في حقيقة الأمر ينبئ بإمكانية

إدراج عناصر تساهم في فهم الروابط السيكوباتولوجية بين الضغط والمحاولة الانتحارية.

من جهته يؤكد ديفيد فونتانا (1993) أن مستويات الضغط النفسي على متصل أحد طرفيه يمثل التحديات التي تثير الفرد وتجعله في وضع يمتلك فيه نفسه، وبدونه تصبح الحياة لدى كثير من الناس كئيبة ولا قيمة للعيش فيها. أما الطرف الثاني للمتصل فيمثل الضغط النفسي لتلك الظروف التي عندها يكون للأفراد متطلبات مفروضة عليهم لا يمكنهم الوفاء بها جسميا أو نفسيا، وهذا يؤدي إلى الشعور بالإحباط واللامبالاة.

ولهذا فإن أحد طرفي المتصل الضغوط الايجابية وهي تشير إلى الضغط النفسي باعتباره واقيا للحياة أو محافظا عليها والتي تساهم في تحسين الأداء والانتباه نحو إعادة تقدير الموقف بما لا يتعارض مع الآخرين وهذا النوع من الضغوط يضيف متعة للحياة، أما الطرف الآخر فيشير إلى الضغط باعتبار أنه سبب من مسببات تدمير هذه الحياة حين تنهك قوى الفرد في التعامل معها وتفشل أساليبه التوافقية في مواجهتها.

ولذلك يرى فونتانا أن الضغط عبارة عن العنصر المجدد للطاقة التكيفية لكل من العقل والجسم، فإذا كانت هذه الطاقة يمكنها احتواء المتطلبات وتستمتع بالاستثارة المتضمنة فيها فإن الضغط يكون مقبولا ومفيدا، أما إذا كانت الطاقة التكيفية للفرد لا تستطيع ذلك، وأن وجود الاستثارة يضعفها فإن الضغط لا يكون مقبولا ويكون غير مفيد، بل وضار.

وبالتالي فإن الضغوط النفسية هي شعور بالوطأة والانضغاط الناتج عن وجود موضوعات بيئية تمنع الفرد من تحقيق أهدافه ويكون معناها أيضا المطالب التي تفوق أو تتجاوز قدرة الشخص على تحملها ومواجهتها (حسن عبد المعطي، 2006)

من جهته يشير فولكمان ولازاروس (1988) Folkman ,Lazarus إلى أن الاستجابة للضغط تظهر إذا كان هناك عدم توازن بين مطالب المحيط الخارجي وقدرة الفرد لمواجهة هذه المطالب (Alaphilippe,Otton 1998). وفـــي نفـــس السياق يؤكد معاذ العارضة (1998) أن الاستجابة للضغوط تتحدد مـــن خـــلال دور بعض العوامل الشخصية والبيئية المتعلقة بالموقف الضاغط فـــي اختيـــار الفرد لإستراتيجية تعامل معينة لمواجهة المواقف الضاغطة التي يتعرض لهـــا .وهذا يعني أن للميزات المعرفية والشخصية دور هام في التخفيف من مصادر الضغط وهذا من خلال التعامل وفق استراتيجيات شخصية خاصة.

كما يؤكد كابلن وستاين (1984) Kaplan ,Stein أن أي تغير في الحيـــاة يبعد عن التوازن ولو لفترة من الوقت ويجبر الفرد على المواجهـــة والمقاومـــة (بشرى إسماعيل ،2004).

وللتعامل مع مصادر الضغوط يلجأ الناس عـــادة إلـــى مجموعـــة مـــن الاستراتيجيات التي تحاول التلطيف من شـــدة الضـــغوط، وهـــذا مـــا يـــدعى باستراتيجيات التعامل التي يعتبرهـــا فولكمـــان ولازاروس (1988) Folkman Lazarus من العوامل الوسيطة بين أثر الضغوط والنتيجة التكيفية للفرد وبالتالي صحته النفسية والجسدية، ولهذا فإن الطريقة التي يواجه بها الأفراد الضغط هي التي تؤثر على صحتهم النفسية والجسدية وليس الضغط بحد ذاته.

ويعرف لازاروس وفولكمان (1997) استراتيجيات التعامل بأنها مجموعة المجهودات السلوكية والمعرفية التي تتصف بالثبات نسبيا والتي تعمـــل علـــى تغيير أو التعامل والتعاطي مع مختلف المتطلبات الداخلية أو الخارجيـــة التـــي تشكل عبئا على الفرد لأنها تفوق قدراته على تفهم هذه المتطلبات وتساعد على التقليل من شأنها أو جعلها أكثر احتمالا (Berry,1998)، ولذلك يؤكـــد بـــرلين وسكولر (1987) Pearlin, Schooler (نقلا حسن عبد المعطي 1994) أن الثقـــة

بالذات والتفكير التأملي المضبوط لحل المشكلة المترتبة على الموقف الضاغط يؤدي إلى تخفيض المعاناة النفسية والتأثير الإجمالي لتوترات الحياة .

ورغم أن البحوث الخاصة بالضغط النفسي وطرق التعامل معه تشير إلى أن فقدان الإمكانات والقوة يعتبران من أهم مسببات الضغط والقلق والكآبة لدى الأفراد، وعند استمرار الحالة تتطور وتنشأ ظاهرة تسمى العجز المتعلم، حيث أن الفرد يستخلص من ذلك بأنه عاجز عن عمل أي شيء لتحسين وضعه ويداخله اليأس (حمدي ياسين، علي عسكر، حسن الموسوي 1999) إلا أن البحث الحالي لا يرى بوجود علاقة بين فقدان الإمكانات الخاصة بإستراتيجيتي التصدي ومخططات حل المشكل وإدراك الضغط، وهذا لا يتماشى مع ما يؤكده دافي (1995) Dvey (نقلا عن جمعة يوسف –أ– 2000) بأن استراتيجيات التعامل مهمة في تلطيف الضغوط، فمن المفترض أنه سيكون لها تأثير على إحداث أو ظهور واستمرار الاضطرابات النفسية خاصة المرتبطة بالقلق والاكتئاب . كما تختلف نتيجة بحثنا مع ما انتهى إليه كوبر (1981) Cooper (نقلا عن وليد خليفة، مراد سعد، 2008) أن بيئة الفرد تعتبر مصدرا للضغوط مما يؤدي إلى وجود تهديد لحاجة من حاجاته أو يشكل خطرا يهدد حياته وأهدافه، فيشعر بحالة من الضغط ويحاول استخدام بعض الأساليب للتوافق مع الموقف، وإذا لم ينجح في التغلب على المشكلات واستمرت الضغوط لفترات طويلة من الزمن فإنها تؤدي إلى الإصابة ببعض الأمراض مثل أمراض القلب، الأمراض العقلية، والسكر والتهاب المفاصل، بالإضافة إلى الآثار النفسية السلبية كالقلق والاكتئاب والتوتر وانخفاض تقدير الذات والسلوك الانتحاري.

إن اعتبار حدث أو مثير ما ضاغطا يعتمد على الإدراك المعرفي للموقف على أنه ضاغط ومهدد للفرد أو لا، بحيث أن القلق وتراكم المواقف التي يشعر فيها

بالانضغاط تؤثر على توافق الفرد ويمكن أن يكون ذلك مشروطا بالخبرات المبكـــرة وبالطريقة التي يدرك بها الفرد التهديد المصاحب للمثيـــرات أو الموقـــف.فالمعـــالم الموضوعية للأحداث تتأثر ببعض التفسيرات الذاتية للناس، وهذا يحدد فـــي النهايـــة التأثيرات النفسية للأحداث .إن فهم كيف يصل الناس إلى التفسيرات الذاتية للأحداث يمكن أن نحصل عليـــه مـــن نمـــوذج إدراك الضـــغط الـــذي اقترحـــه هـــورويتز (1976) Horowitz على أساس قواعد تنظيم المعلومات، وباختصار فقد افتـــرض أن الناس يندفعون بشدة بالحاجة إلى تخفيض التعارض أو التنـــاقض بـــين المعلومـــات الجديدة التي تأتي من المصادر الخارجية والمعلومات القديمة فيما يتعلـــق بأنفســـهم وبالبيئة التي يعيشون فيها وهو ما يسميه بالميـــل المعرفـــي للاكتمـــال Cognitive completion Tendency وتتبع الحاجة للاكتمال المعرفي من الأحـــداث الضـــاغطة التي يمكن أن تواجه الأفراد بمعلومات عالية (مرتفعة) التعـــارض مـــع التمـــثلات الموجودة فيما يتعلق بالذات وبالعالم .وبالتالي فإن هدف الاكتمال المعرفـــي هـــو أن يستوعب الحدث في البناء المعرفي بالطريقة التي يخزن بها في النهاية تقدير الذات، السيطرة، وجهة النظر عن العالم بأنه غير خطير أو معتدل، ولكي يحدث ذلك فـــإن المعلومات عن كل الأحداث والتمثلات الموجودة تكون ذات عمليـــات متكـــررة وأن إعادة التفسير حتى الوصول إلى التعارضات قد تم حلها .

وبصفة أساسية فإن التأثير النفسي للأحداث الضاغطة يمكن أن يعتمد على درجـــة الاكتمال المعرفي وطبيعة التمثلات التي تصبح مستوعبة في البناء المعرفـــي، ولقـــد أشار هورويتز إلى أن هذه الوظائف عمليات ذات ردود فعل متكاملة للضغط وتحدث مستقلة عن الجهود السلوكية للتعامل مع الحدث وغالبا ما يســـتمر التحـــول عبـــر الموقف الضاغط، ولأن الناس يمكن أن يقيّموا الحدث في ضوء متضمناته الايجابيـــة والسلبية بالنسبة لهوية الذات لديهم ومهارات التعامل مع الضغوط وإدارتها ووجهـــة النظر نحو العالم، فإن وضع هذه التقييمات تتضمن الاهتمام الاختيـــاري بالمظـــاهر

الجيدة (الحسنة) أو السيئة للحدث أو تفسير الغموض في الموقف باعتباره ايجابيا أو سلبيا إلى المدى الذي تركز فيه هذه العمليات على انتباه الفرد للمظاهر الايجابية أو السلبية فإنها يمكن أن تؤثر بقوة على طبيعة تأثير الحدث على التوافق تبعا لها (حسن عبد المعطي 2006) .

كما تختلف نتيجة بحثنا مع ما أشارت إليه دراسة موس وبلينغ (1982) , Moos Billings (نقلا عن حسن عبد المعطي 2006) أن استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل هي أساليب تعتمد على التحليل المنطقي للمشكلة والمحاولات المعرفية لتدبر الفرد للمشكلة و تقييمه للتهديد والبحث عن المعلومات information seeking وسلوك حل المشكلة problem-solving action وقد وجد أن هذه الأساليب ترتبط ارتباطا ايجابيا بالتكيف، أي أن الأفراد المزودين باستراتيجيات من النوع المركز على المشكل يمكنهم عند مواجهة مصادر الضغط المختلفة أن يستجيبوا بشكل أكثر تكيفا مقارنة من أولئك الذين يفتقدون لها، حيث أن المحاولة الانتحارية تخفي في الكثير من الأحيان فقرا في هذا النوع من الاستراتيجيات.

انتهت دراسة جمعة يوسف (2004) إلى أن الحالة النفسية للأفراد من أهم المؤشرات التي تدل على تحديد نتائج أو آثار الضغوط، ذلك أن الناس جميعا لديهم درجة محددة من تحمل الضغوط الواقعة عليهم وهو ما يطلق عليه عادة " عتبة الإحساس " لذا فإنه عندما يتجاوز الأفراد هذه النقطة نتيجة للضغوط التي يواجهونها تظهر عليهم الأعراض والاضطرابات النفسية التي تتراوح بين سوء التوافق وحتى أشد الاضطرابات النفسية وطأة كالاكتئاب الذي عادة ما يؤدي إلى ظهور الأشكال المختلفة للسلوك الانتحاري، بالإضافة إلى اضطرابات أخرى.

من جهته يؤكد لوسكومب وآخرون Luscomb et al (نقلا عن 1986 Wilmotte et al) في دراستهم المقارنة بين المحاولين الانتحار وغيرهم من المرضى في البعد الذاتي لقياس مستوى ضغوطهم، أن المقبلين على الانتحار

يدركون وبشكل دال أحداث الحياة على أنها تحمل طابعا ضاغطا وبشكل مبالغ فيه، ويأتي هذا الإدراك كمؤشر هام لوجود المحاولة الانتحارية .ويعود هذا لتوفر عوامل شخصية متعددة.

ورغم تأكيد الدراسات السابقة على دور استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل في تسوية الضغوط إلا أنه يبدو أن عينة البحث ربما تتأثر بمتغيرات أخرى أكثر مما تتأثر بنوعية استراتيجيات التعامل المستخدمة في مواجهة الضغوط، حيث تأكد لنا من خلال بعض فرضيات هذا البحث – سيتم مناقشتها لاحقا – أن المحاولة الانتحارية ترتبط أكثر بمتغير شدة إدراك الضغط النفسي، الاكتئاب واليأس، أكثر مما ترتبط باستراتيجيات التعامل، إلا في بعض الاستراتيجيات المركزة على الانفعال حيث كان لإستراتيجية اتخاذ مسافة دلالة في ظهور المحاولة الانتحارية .

ب- نتائج العلاقة بين درجة إدراك الضغط النفسي واستراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال لدى فئة محاولي الانتحار .

توصلنا من خلال المعالجة الإحصائية لهذا الفرض أنه لا توجد دلالة واضحة ما بين استخدام استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال وإدراك الضغط النفسي ماعدا فيما يتعلق بإستراتيجية اتخاذ مسافة والذي كان دالا عند مستوى 0.01.

رغم التأكيدات الحاصلة بشأن ارتباط أحداث الحياة المثيرة للضغوط باختلال الصحة النفسية والجسدية واعتلالهما فإن هناك –حسب ما تشير إليه المصادر– عوامل واقية تخفف من وقع هذه الأحداث وتساعد على تجنب أو السيطرة والمواجهة أو التقليل من المشكلات .ولعل المصادر المتاحة للأفراد

لمواجهة الأحداث الضاغطة هي التي من شأنها أن تحدد درجة الصحة ومستوى الخطورة.

لذلك يؤكد سعد الإمـــارة -ب- (2001) علـــى أن النـــاس يتعرضـــون للضغوط بشكل أو آخر ولكنهم لا يتعرضون جميعا لمخاطرها بالدرجة نفســـها، لأن تأثير الضغوط يختلف من فرد لأخر وأن التهديد ومستواه يختلفان أيضا من فرد إلى آخر لذا فإن استجابة الفرد إليها تختلف تبعا لنمط شخصـــيته ونموهـــا وتحديد أسلوب التعامل مع الحدث أو الضغط.

من جهته يؤكد يوسف جمعة (2000) أن ضغوط الحياة ترتبط بمدى واسع من الاضطرابات بينما تمثل مصادر المواجهة عوامل تعويضـــية تســـاعد علـــى استمرار الصحة .

وهكذا يمكن القول أن الضغط ينشأ عندما تفوق المتطلبات البيئيـــة قـــدرة الفرد على المواجهة، فإن واجه الفرد مثل هذه المتطلبات بكل كفاءة، لا تحـــدث ضغوط وعلى العكس إذا كانت مهارات مواجهة الفرد ضعيفة وغير فعالة فقـــد يحدث الضغط (بشرى إسماعيل ،2004).

وانطلاقا من أعمال سليجمان Seligman التي توصل فيها إلى أن الطريقة التي نفسر بواسطتها الأشياء التي تحدث لنا هي أكثر تأثيرا على نفوســـنا مـــن وقوعها، ويكون لها مضامنين سيئة على صحتنا النفســـية والجســـدية يعـــرض لوجرون وأندري (1993) Legeron ,Andre خلاصة أعماله التي تؤكد أيضـــا بأن طريقة معالجة الفرد للمعلومات سمحت لنا بفهم أدق للظـــواهر المرتبطـــة بالضغط ونتائجه المضرة على الصحة النفسية والجسدية .

ويؤكد جمعة يوسف (2000) أن هناك علاقة بين الميـــل إلـــى اســـتخدام أساليب المواجهة المركزة على الانفعال والاضطراب النفسي، وتبـــين أن مثـــل هذه المواجهة ترتبط بالتوافق السيئ مع المشكلات كما ترتبط بالضغوط النفسية والاضطراب النفسي .ومن جهته يؤكد اندلر وبـــاركر (1989) Endler ,Parker

أن هناك ارتباط قوي بين المواجهة المركزة على الانفعال والأعراض السيكاترية، فالأشخاص المضطربين نفسيا يفضلون استعمال هذا النوع من المواجهة أكثر من الأسوياء.وهذا ما يفسر وجود السلوك الانتحاري في الكثير من الحالات المرضية، خاصة عندما يتعلق الأمر بحالات الاكتئاب.

رغم هذا الشكيل من الدراسات إلا أن نتيجة بحثنا لم تتحقق إلا جزئيا، إذ أظهرت المعالجة الإحصائية أن اللجوء لاستعمال استراتيجة البحث عن سند اجتماعي، والضبط الذاتي، التجنب/التهرب، إعادة التقدير الايجابي، تحمل المسؤولية ليس لها علاقة بإدراك الضغط النفسي ،وبالتالي فهذه النتائج لا تشير سوى لوجود علاقة ارتباطيه دالة وموجبة بين اتخاذ المسافة وإدراك الضغط النفسي، وهذا ما يتفق مع ما ذكره ريس (1976) Rees حيث يؤكد أن الاستراتيجيات غير الفعالة في مواجهة ضغوط أحداث الحياة هي تلك التي تعتمد على الإنكار واتخاذ المسافة وهي شائعة جدا للتعامل مع الأحداث المأسوية التي قد تخفف المأساة بطريقة ذاتية، كأن يحاول الفرد اللجوء إلى الإسراف في النوم وفي تناول الطعام والشراب أو التدخين والبعض الآخر يواجهون الموقف بالانسحاب من المثيرات أو المواقف الضاغطة وهذا من شأنه أن يحسن من تأثير الخبرة المأسوية لكنها لا تحسم مصاحباتها الجسمية والنفسية (حسن عبد المعطي 1994).كما يؤكد كاشا (2001) Kacha بأن من وظائف الانتحار تجنب وضعية غير مقبولة وأليمة جدا ، فهو بذلك محاولة للهروب من وضعية تبدو دون حل أو مخرج.

كما يشير لازاروس (1993) Lazarus بأن فعالية استراتجيات التعامل تهدف إلى تخفيف التوتر الانفعالي، وبذلك فدورها يتحدد في التعامل مع مستويات الضغط، حيث يظهر الأمر صعبا حين يتطلب تحويل النشاط إلى تحدي لما يتعلق الأمر بمستويات ضغط عالية، وهذا ما يعيق ويؤثر على تغيير

المعنى الذاتي للتجربة الأمر الذي يفسر لماذا يقبل بعض الأفراد على اتخاذ مسافة .وقد تظهر لدى بعض الأفراد هذه الإستراتيجية دون أن تؤثر بشكل واضح على صحتهم النفسية، ولكن تراكم المشكلات والتزام الفرد باتخاذ المسافة في التعامل معها هو الذي قد يؤدي لاحقا إلى الاستجابة بأحد أشكال السلوك الانتحاري .

2 - نتائج العلاقة بين درجة إدراك الضغط النفسي والاكتئاب :

في هذه الفرضية حاولنا الكشف عن العلاقة الموجودة بين إدراك الضغط النفسي والاكتئاب، وقد أظهرت المعالجة الإحصائية أن معامل الارتباط قد بلغ 0.41 وهو دال عند مستوى 0.01، وهذا يتماشى مع الدراسات السابقة التي تؤكد أن المحاولين الانتحار يظهرون درجات واضحة من الضغط والاكتئاب.

يشير جيمت (1985) أن الإشكالية الاكتئابية ثابتة في محاولات الانتحار، وقد أعطت الدراسات الحديثة التي اعتمدت على التشخيص حسب ما تشير إليه عرعار سامية (2002) نتائج متطابقة مبينة كثرة اكتشاف الاكتئاب في محاولات الانتحار، إذ سجل الاكتئاب لدى 33 حالة من أصل 40 محاولة انتحار وهذا في دراسة قام بها كروملي (1979) وفي 27 حالة من أصل 28 حالة انتحار في دراسة فريدمان (1982) .

يبدو أيضا أن حوالي 60 % من الانتحار يظهر مرتبطا بحالة اكتئاب، غير أنه لابد من الإشارة إلى أنه ليس من الضروري أن تكون كل السلوكات الانتحارية تشمل أعراض الاكتئاب المعروفة. وما يجب الانتباه له في الاكتئاب هو حدته، نوعه، وإن كان مصاحبا بهذيان فلابد من البحث عن محتوى الهذيان هل هو من النوع الاضطهادي أم التأنيبي، هل يترافق بالهيجان الشديد أم التباطؤ الحسي الحركي، هل هو مصاحب بفقدان الاهتمام وعدم الاحساس بالرغبة في أي شيء (Charoli Francois et Guedj Marie-Jeanne

1999,)، حيث أن نوعية الأعراض المصاحبة للاكتئاب هي التي يجب أن تحلل للتعرف على مدى احتمالية الانتحار .

يرى لطفي الشربيني (دون سنة) أن هناك كم هائل من الأعباء والمسؤوليات والمشكلات التي يتعرض لها الإنسان في عالم اليوم بنسب متفاوتة في كل المجتمعات سواء المتقدمة أو النامية أو البدائية وهذه تمثل ضغوط الحياة التي يعاني منها كل أفراد المجتمع صغارا وكبارا. وأهمية ضغوط الحياة أنها قد تكون العامل الذي يتسبب في الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب. ورغم أنه كان من المتوقع أن يؤدي التقدم العلمي والمدنية الحديثة والاختراعات التي توصل إليها العلم في كل مجال إلى مميزات كبيرة يتمتع بها الإنسان في هذا العصر مقارنة بالأجيال السابقة لكن العكس هو ما حدث، حيث أن الحضارة الحديثة حملت معها الكثير من الأعباء، عليه أن يتكيف معها مثل الواجبات المنزلية ومسؤوليات العمل داخل المنزل والعلاقات الإنسانية المعقدة مع جهات كثيرة رسمية وغير رسمية والقوانين المختلفة هي التي يجب على الإنسان أن يخضع لها في حياته، وإذا قارنا ما كان يحدث في عصور سابقة نجد أن الحياة كانت تسير بإيقاع لا يتطلب جهدا كبيرا من الإنسان وكانت ضغوط الحياة تتمثل في الحدود البسيطة المعقولة التي تنحصر في دائرة الحصول على الاحتياجات الإنسانية البسيطة مثل الطعام والملبس ولم تكن الاحتياجات الإنسانية بهذا الكم الكبير غير المحدود الذي يتطلب جهدا هائلا من كل شخص ولا يصل إلى حد الإشباع لهذه الاحتياجات غير المحدودة .ومن وجهة النظر النفسية فإن الفجوة الهائلة بين القدرات التي يتمتع بها الإنسان وبين ما هو مطلوب منه حتى يستطيع أن يجاري الاحتياجات غير المحدودة في هذا العصر قد تكون السبب في اختلال الاتزان النفسي للإنسان حين يجد نفسه عاجزا عن التكيف ومطالب ببذل المزيد من الجهد للوصول إلى أهداف متعددة ويصعب عليه بمقتضى

قدراته المحدودة أن يحقق كل ما يريد ومن هنا يظل في حالـــة مـــن الإحبـــاط المستمر تؤدي في النهاية إلى الاكتئاب.

تؤكد راوية دسوقي (1996) أن الضغط مجموعة من التراكمات النفســـية والبيئية والوراثية والمواقف الشخصية التي تظهر نتيجة للأزمـــات والتـــوترات والظروف الصحية القاسية التي يتعرض لها الفرد، وتختلف من حيث شـــدتها، كما تتغير عبر الزمن تبعا لتكرار المواقف الصعبة التي يصادفها الفرد، بل إنها تبقى وقتا طويلا إذا ما استمرت الظروف المثيرة لها، وتترك آثارا نفسية ســـيئة على الفرد التي قد تظهر على شكل قلق أو اكتئاب، الذي عـــادة مـــا يترافـــق بالسلوك الانتحاري عند اشتداد الأزمة الاكتئابية.

يذهب أيضا كتاب التشخيص الإحصائي الثالث المراجـــع (1987) DSM III R إلى التأكيد على نتائج فرضية بحثنا، حيث يرى أن الضغط يمثل متغيرا مستقلا في الاضطراب النفسي وأطلق على المتغيرات التابعة – لهـــذا المتغيـــر المستقل– مصطلح اضطرابات التأقلم Adjustment Disorders وأحد محاورها هو اضطراب التأقلم المصاحب بوجدان اكتئابي Adjustment Disorders with Depressed Mood عندما تسود الصورة الاكلينيكة أعراض الاكتئاب ومشاعر اليأس والعجز (حسين فايد –ب– 2001)

كما يعد الاكتئاب صورة من صور الموت علـــى المســـتوى الانفعـــالي والنفسي، والشخص المكتئب ليس فقط يفقد شعوره بطعم الحياة بل يفقد أيضـــا رغبته واستعداده لأن يعيش الحياة. إنه يريد الخلاص من حياته، ولعـــل ذلـــك يفسر لنا لماذا يبدو الاكتئاب أغلب الأحيان مصحوبا بأفكار ومشاعر وسلوكيات انتحارية.

إن الانتحار هو محاولة لتدمير الذات self destruction هذه المحاولة ما هي إلا دعوة أو صرخة لطلب العـــون all for help والـــدليل علـــى ذلـــك أن

محاولات الانتحار التي تنجح تكون نسبتها 10/1 أي أن كل عشـــر محـــاولات للانتحار لا تنجح منها سوى محاولة واحدة هي التي يلقى فيها المنتحـــر حتفـــه (مدحت أبو زيد، عباس عوض، 2001) حيث تلعب مصادر الضغوط المختلفـــة دورا رئيسيا في ظهور الاكتئاب، وهذا ما أكده حمدي الحجـــار (1998) الـــذي يرى أن للعوامل الاجتماعية كالاضـــطرابات العائليـــة وبالخصـــوص وجـــود مشاجرات بين الوالدين ونزاعات الآباء مع الأبناء والصدمات العاطفية ووفـــاة عزيز من أفراد الأسرة قد – كمصادر ضغط مختلفة – تُسرّع ظهور الاكتئـــاب الذي بدوره قد يفضي إلى محاولة الانتحار مما يوضح أن عدم القـــدرة علـــى التكيف الاجتماعي ضمن العائلة له أثره الكبير علـــى التفكيـــر فـــي المغـــامرة بالانتحار .

من جهته يؤكد ويرزبيكي (1998) Wierzbicki (نقلا عن حسين فايـــد 2001 –ج–) بأن محاولة الانتحار مرتبطة بمتغيرات سلوكية ونفسية معينة مثل الاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية وضغوط الحياة الشديدة والألـــم أو المـــرض والفقد الحديث لأي شخص أو شيء عزيز واستخدام المخدرات والكحول .

وفي نفس السياق يؤكد بيك (1979) Beck على وجود ارتباط قوي بـــين محاولة الانتحار والمعتقدات السلبية تجاه الذات والمستقبل، كما يؤكد إليس Ellis على وجود فروق بين الذين حاولوا الانتحار والذين لم يحاولوا، ووجد بعـــض السمات المختلفة بينهم أهمها الفعالية الأقل في حل المشكلات لدى الذين حاولوا الانتحار بالإضافة إلى التفكير السلبي نحو الذات والحياة والمستقبل مع ظهـــور اتجاه ايجابي نحو الانتحار وهذه المميزات المعرفية تكوّن استعدادا لفقدان الأمل واليأس تجاه الضغوط الحياتية (Babolakis,1990).

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية إلى ما خلصت إليه دراسة جونسون وساراسون (1978) Johnson ,Sarason حول طلاب الجامعة إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين ضغوط الحياة وكل من القلق والاكتئاب .

اهتدى وليد خليفة و سعد مراد (2008) إلى أن الضغط النفسي يمهد للإصابة بالكثير من الاضطرابات الصحية بجانبيها النفسي والبدني، فمن المعلوم أن هناك طائفة كبرى من الأمراض النفسية يعتقد أنها نتاج مباشر للضغوط كالقلق والاكتئاب .كما يؤكدان أن النظرية المعرفية تقر بأن الفرد يتعرض إلى أحداث عديدة في حياته، وما يدركه الفرد على أنه مصدر تهديد لحياته سوف يتحول فيما بعد إلى عامل ضاغط عليه، بالإضافة إلى أن هذه الأحداث ذاتها فعلا تكون ضاغطة، فيبدأ التأثير السلبي لتلك الأحداث على الفرد ومن بين تلك الآثار ما هو نفسي، إذ ترتفع درجة القلق والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية .الأمر الذي يجعل بعض الأفراد يقدمون على المحاولة الانتحارية أو الانتحار .

تتماشى أيضا نتائج الدراسة الحالية مع ما انتهت إليه دراسة حسين فايد – ب– (2001) إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الضغوط في الأعراض الاكتئابية في جانب مرتفعي الضغوط وهذا يشير إلى العلاقة بين الضغوط النفسية والاكتئاب .

كما خلصت نتائج الدراسة الحالية إلى ما أسفرت عنه دراسة عماد مخيمر (1997) في دراسته حول " الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي " إلى وجود ارتباط موجب ودال بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة وبين الأعراض الاكتئابية.

كما أسفرت دراسة ماجدة عبيد (2008) أن الضـــغوط تـــرتبط ايجابيـــا بالاكتئاب حيث تقر بأن أحداث الحياة الضاغطة التي تكـــون مهـــددة وغيـــر مرغوبة ولا يمكن التحكم فيها ترتبط بالمشقة النفسية، وخلصت الدراسات التـــي قامت بها فيما بعد إلى وجود علاقة قوية بين أحداث الحياة الضـــاغطة والقلـــق والاكتئاب .

حاول روبنز وبلوك (1988) Robins ,Block (نقلا عن حسن عبد المعطي، 1992) اختبار افتراض أن الأعراض الاكتئابية تنمو مع ازديـــاد خبـــرة الأحـــداث السلبية الضاغطة وذلك بالنسبة لـــ 98 طالبا جامعيا ،وأســـفرت النتـــائج أن شـــدة التأثير الاجتماعي كان مرتبطا بارتفاع مستوى الاكتئاب وبذلك تعززت العلاقة بين الاكتئاب وتواتر الأحداث الســـلبية الاجتماعيـــة ولـــم يـــرتبط الاســـتقلال الـــذاتي بالاكتئاب.كما خلصت أيضا دراســـة جونســـون وساراســـون(1978) Johnson Sarason, حول طلاب الجامعة إلى وجود علاقة ارتباطيه بين ضغوط الحياة وكل من القلق والاكتئاب .

يبدو أن التقييمات السلبية لأحداث الحياة الضاغطة ترتبط بالاكتئاب، ولـــذلك اتضح أن التحيز في الاستجابة لأحداث الحياة يفسر إلى حد كبير العلاقة بين الأحداث السلبية والأعراض الاكتئابية نتيجة للتشويه المعرفي في نظرة الفرد لأحداث حياتـــه، وهذا ما يؤكد روبنز وبلوك (1988) Robins ,Block على ارتباط الشخصية الاكتئابية بالاستهداف لضغوط الحياة (حسن عبد المعطي، 1992).

قامت ماري نيل (1986) Neil.Mary وآخرون (نقلا عن مدحت أبو زيـــد، عباس عوض، 2001) بدراسة للعوامل النفسية والأعراض الاكتئابية حيث هدفت الدراسة إلى اختيار العلاقة بين بعض العوامل النفسية والأعـــراض الاكتئابيـــة المقاسة بواسطة مقياس بيك للاكتئاب، وهذه العوامل هـــي : التـــاريخ العـــائلي للأمراض السيكاترية، الفقدان المبكر لعلاقة الرضاعة، أحداث الحياة الضاغطة،

المستوى المنخفض من المدد الاجتماعي وذلك على عينة قوامها 366 من طلاب الجامعة بواقع 160 طالبا مكتئبا و 206 طالبا غير مكتئب، وأسفرت النتائج على أن هناك علاقة جوهرية مؤثرة دالة و مستقلة بين العوامل الثلاثة الأولى وبين ظهور الأعراض الاكتئابية.

نشير إلى أن هناك من الدراسات ما يتعارض مع هذه الطرح ولو أنه يعتبر ضمن الدراسات القليلة والتي من بينها تلك التي قامت بها اليزابيث جونج جاي مع كونستانس هامين (1980) (نقلا عن مدحت أبو زيد، عباس عوض، 2001) بدراسة العلاقة بين الاكتئاب وأحداث الحياة الضاغطة رغم أن هناك العديد من الدراسات الحديثة التي اضطلعت بتفسير العلاقة بين الإدراك والمعرفة والحالات المزاجية، وهذه الدراسة تناولت إدراك ومعرفة أسباب الأحداث الضاغطة ونتائجها في الحياة لدى عينات من المرضى الخارجيين من المكتئبين وغير المكتئبين. ولقد أظهر المكتئبون إدراكهم لأسباب استيائهم من المواقف الضاغطة في حياتهم الخاصة والتي تلخصت في الأسباب الداخلية والمتوقعة والعامة والثابتة. كما بينت المقارنة بين المكتئبين وغير المكتئبين عدم وجود فروق عامة دالة بالنسبة للأحداث الضاغطة.

كما أسفرت النتائج أيضا أن المكتئبين يميلون إلى تفسير الفشل في المهام والإخفاق والاستياء بصفة عامة إلى عوامل داخلية بينما يميل غير المكتئبين إلى عزو مواقفهم الضاغطة إلى أسباب وعوامل خارجية بصفة عامة، رغم أن الفروق غير دالة.

من خلال ما سبق يظهر أن نتائج الدراسات القائمة في مجال الضغط النفسي أو الاكتئاب، بالإضافة إلى الدراسات التي تهتم بالسلوك الانتحاري، انتهت في معظمها إلى وجود علاقة واضحة وقوية بين هذه المتغيرات، التي يمكن أن تفسر لنا المحاولة الانتحارية .

3 – نتائج العلاقة بين درجة إدراك الضغط النفسي والشعور باليأس لدى فئة من محاولي الانتحار.

ينص هذا الفرض على وجود علاقة موجبة بين إدراك الضغط النفسي والشعور باليأس، وتبين من خلال المعالجة الإحصائية تحقق هذا الافتراض.

تأكد من خلال الممارسة الميدانية أن للعوامل الشخصية دور مهم في تفسير الانتحار والمحاولات الانتحارية، ولذلك يظهر التساؤل لماذا يقدم فرد ما على هذا السلوك بينما يقلع شخص آخر عنه ؟ وهذا يجعلنا نفكر في أن المرض العقلي ليس السبب الرئيس للانتحار (Xavier Pommereau, 2005).) وتظهر دراسة الملمح النفسي للأشخاص الذين قاموا بمحاولة انتحارية أو أكثر أو الذين ينجحون فيها فعليا، تبين أن وجود عامل اليأس يعتبر ضروريا لحدوث مثل هذا السلوك (Charoli Francois et Guedj Marie-Jeanne, 1999)

وقد أوضح كل من هربرت وكوهن (1994) Herbert, Cohen أنه يمكن للضغط أن يؤثر على الصحة من خلال زيادة تكرار السلوكات اللاصحية.كما يؤكد أن ما يؤثر على الصحة النفسية والجسدية ليس الضغط في حد ذاته بل الكيفية التي يستجيب بها الفرد للموقف الضاغط، وأن الضغط ينشأ عندما يقيم الفرد الموقف بأنه مهدد ولا يملك استجابة ملائمة (آيت حمودة حكيمة، 2006).

ويؤكد نموذج العجز المتعلم على الطريقة التي يدرك ويفسر بها الأفراد الأحداث الضاغطة والمؤلمة في حياتهم وأن استجابة الأفراد إزاء الأحداث الضاغطة تعتمد على تفسيرهم لأسباب ومعنى ومغزى هذه الأحداث، فالأفراد الذين يفسرون الأحداث بطريقة سلبية غالبا ما يتعرضون للاكتئاب واليأس والأفراد عند تقييمهم للأحداث والمواقف التي يتعرضون لها قد يعزون ذلك إلى أسباب داخلية أو إلى أسباب خارجية أو قد يعزون ذلك إلى أساب ثابتة أو أسباب غير ثابتة (ماجدة عبيد، 2008)

وتتماشى نتائج الدراسة الحالية مع مايؤكده حسن عبد المعطي (2006) الذي يرى أن من بين تأثيرات الضغوط على الجوانب الانفعالية ظهور الاكتئاب والعجـز واليأس، حيث تنخفض بشدة حيوية الفرد وتزداد لديه أحاسيس العجز تجاه تأثيره في الأحداث أو المشاعر المرتبط بها .

كما يرى بيك (1976) Beck في تعريفه للضغط على أنه استجابة يقـوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضغط على تقدير الفرد لذاته أو مشكلة ليس لهـا حل تسبب له إحباطا وتعوق اتزانه أو موقف يثير أفكارا عن العجـز واليـأس والاكتئاب (وليد خليفة، مراد سعد، 2008).

من جهته يؤكد صالح حسن الداهري (1999) أن المحاول للانتحار عنـد مراجعته للطبيب أو المعالج النفسي بعدما يعاني من الضغوط ولفتـرة طويلـة، يذكر أو يردد القول بأنه يائس ويخشى أن يقدم وهو فـي لحظـة يـأس علـى الانتحار .وهذا ما يؤكد لنا تلك العلاقة القوية بين الأحداث الضاغطة وطريقـة إدراك الفرد لها من خلال تقييماته وتوقعاته وشدة اليأس، ومن ثم ظهور السلوك الانتحاري .

في دراسة كل من لوسـكومب،كلوم، باتسـيوكاس (1979) ,Luscomb Clum, Patsiokas تم اقتراح نموذج نظري في تفسير الانتحار انطلاقـا مـن فرضية "باكل" حول وجود استعداد أو أرضية مهيئة للسقوط في المرض البدني أو السيكولوجي وكذلك انطلاقا من نتائج بيك حول دور اليأس في تفجير السلوك الانتحاري، وأطلق على هذا النموذج اسم الاستعداد /الضغط/اليأس. وينطلق هذا النموذج من افتراض مفاده أن الأفراد غير القادرين علـى التفكيـر المتسلسـل والسريع، عندما يواجهون ضغط عالي أو مشكل صعب في حياتهم اليومية فإنهم يكونون غير مهيئين لتنويع الحلول اللازمة وكنتيجة لعدم قـدرتهم علـى حـل

مشاكلهم فإنهم يصابون باليأس ويلجأون إلى الانتحار للخروج من وضعيتهم الصعبة (يحياوي حسينة، 1996).

يبدو أن هناك فروق واضحة بين الناس في الاستجابة للضغط ترجع أساسا للمعتقدات حول مقدرتهم على التحكم في الأحداث التي تؤثر على حياتهم، فحين يواجه الأفراد ذوو الفعالية العالية مواقف بيئية متجاوبة فإنهم يكيفون جهودهم ليغيروا البيئة وإذا أخفقت جميع الجهود فإنه يفترض أنهم يتركون هذا المسار ويتخذون مسارا جديدا أو يبحثون عن بيئة أكثر تجاوبا، وحين ترتبط فعالية الذات المنخفضة مع بيئة غير متجاوبة فثمة تنبؤ بعدم الاكتراث والاستسلام واليأس (منصور عبد المجيد سيد، الشربيني زكريا أحمد، 2001).خلصت أيضا الدراسة التي قام ديكسون وآخرون (1992) Dixon et al للتعرف على مصادر الضغوط التي تؤدي إلى السلوك الانتحاري بصفة رئيسية عن طريق تأثيرها على اليأس، وأجريت الدراسة على عينة قوامها 143 من طلاب علم النفس 54 ذكور و 19 إناث ممن تراوحت أعمارهم بين 18-19 سنة وطبق الباحثون مقياس أحداث الحياة السلبية والمشاحنات كمصادر للضغوط ومقياس اليأس ومقياس تصور الانتحار، وأسفرت النتائج عن أن المنافسات قد أثرت تأثيرا كبيرا على كل من اليأس وتصور الانتحار بعد عزل أحداث الحياة السلبية (حسين فايد -ب-2001).

في نفس السياق يؤكد حسن عبد المعطي (2006) أن من بين الآثار الانفعالية المترتبة عن الضغوط الشعور بالذنب والتشاؤمية الزائدة والشعور باليأس وفقدان الأمل .في نفس الاتجاه يذهب حسين فايد -ج- (2001) مؤكدا أن الضغوط النفسية إذا تفاعلت مع الاكتئاب أو اليأس سوف تؤدي إلى الانتحار، فالمشاحنات وخبرات الحياة السلبية (كمتغيرات مستقلة) تؤدي إلى اليأس (كمتغير وسيط) والذي ينتج عنه تصور الانتحار.

كما تشير دراسة آيت حمودة حكيمة (2006) إلى أن ارتفاع مستويات الضغط النفسي لدى الشباب – الذين شكلوا أفراد عينة بحثها– خاصة لما يتعلق الموضوع بالشباب البطال أو الذي يعاني من ضعف الدخل أو عدمه وتراكم هذه الضغوط واستمرارها يجعلها مزمنة، وهذا ما يجعل العديد من الأفراد يميلون إلى المحاولات الانتحارية نتيجة عدة أسباب ترافق ما ذكر سابقا –البطالة– أهمها اليأس، على اعتبار أن الحالة الاجتماعية والاقتصادية والمهنية تزيد من شدة الضغط .

من خلال العرض السابق يتضح لنا وجود علاقة بين إدراك الضغط النفسي ومشاعر اليأس، ومن ثم يمكن أن نقول أن المحاولة الانتحارية قد تظهر عند تراكم الضغوط النفسية، الأمر الذي يجعل الفرد غير قادر على مسايرة الأوضاع المختلفة، ونتيجة لافتقاره للأساليب التكيفية، يلجأ للمحاولة الانتحارية نتيجة اليأس الشديد.

4 – نتائج العلاقة بين درجة الاكتئاب والشعور باليأس لدى محاولي الانتحار .

حاولنا في هذه الفرضية البحث عن العلاقة الموجودة بين الاكتئاب واليأس كمتغيرات أشارت إليها العديد من الدراسات السابقة التي اعتمدنا عليها في بناء مشروع بحثنا .وقد بينت المعالجة الإحصائية وجود ارتباط موجب ودال بينهما وهذا بمعامل بلغ 0.79 وهو دال عند 0.01.

وهذه النتيجة تتماشى مع معظم ما ورد في البحوث والدراسات العالمية، حيث يؤكد بيك وآخرون Beck et al (1963) أن المحاولة الانتحارية يمكن أن تفسر من خلال عدة عوامل، ولكن يمكن الاقتصار على عاملي الاكتئاب واليأس، وبذلك أكد على وجود علاقة ارتباطيه بين هاذين المتغيرين .كما أكد أيضا بيك (1984) أن المكتئب يكوّن اتجاهات غير عقلانية بسبب وفرة الثلاثية

المعرفية، وترتبط المحاولة الانتحارية بشدة التوقعات السلبية التي تؤدي إلى حدة الاكتئاب ومن ثم اليأس الذي تعقبه المحاولة الانتحارية.

في الحقيقة، لا يمكن الحديث عن الاكتئاب والسلوكات الانتحارية بإغفال متغير رئيسي يتمثل في اليأس، حيث تظهر الدراسات التي قام بها Charoli Francois et Guedj Marie-Jeanne ,(1999) وجود معاملات ارتباط قوية بين الرغبة في الانتحار واليأس. كما أظهرت دراسة سبيرتو (1989) Spirito أن اليأس يعد مفسرا للمحاولة الانتحارية من خلال الاكتئاب (Choquet ,2001)

أقر محمد بدر الأنصاري (2002) أنه غالبا ما يرتبط اليأس بالاكتئاب عند الراشدين، وهذا الأمر يمكن اتخاذه كمعيار تنبؤي للإقدام على الانتحار أو التفكير فيه أو محاولته، وهذا ما أكده بيك وآخرون Beck et al، وكوفاكس ويسمان Weisman ,Kovacs من خلال قياسهم للمظاهر الوجدانية والمعرفية للتوقعات السلبية لدى الراشدين، لا سيما وأن التوقعات السلبية نحو المستقبل يمكن أن ترتبط بعدد من الأحداث التي تشكل أزمة أو تنتج عنها (المرض المزمن، فقدان أحد الوالدين أو الزوجة أو الصديق أو فقدان الممتلكات أو فقدان الوظيفة).

نفس نتيجة بحثنا خلصت إليها دراسة سالتر، بلات Salter ,Platt (نقلا عن هشام عبد الله 1995) التي أكدت على العلاقة بين اليأس والاكتئاب وهذا في دراسة قاما بها على عينة مكونة من 50 فردا ذوي ميول انتحارية مرتفعة تراوحت أعمارهم بين 16–64 سنة، بينت نتائج الدراسة أن الشعور باليأس متغير وسيط ذي قيمة في العلاقة بين الاكتئاب والميول الانتحارية .

في نفس السياق يشير فاوست (1990) Fawcet (نقلا عن ولد يحي عودية حورية 2009) أن اليأس والانتحار والأفكار الانتحارية المعبر عنها ووجود سوابق لمحاولات الانتحارية كلها عناصر تشكل خطرا لحدوث الفعل

الانتحاري، كما تؤكد نتائج أبحاث بورجو وآخـــرون (1995) Bourgeois et al أن متغير اليأس يعتبر متغيرا وسيطا وذو دلالة مهمة لحدوث سلوك الانتحـــار. من جهته يؤكد جولدستون وآخرون (1996) Goldstone et al أن اليـــأس يعـــد إحساسا بعدم القدرة على حل المشاكل وهذا ما يوضح العلاقة بـــين الاكتئـــاب ومحاولة الانتحار، فاليأس مثلا يمكن تفسيره بنقص المشـــاريع والاســـتثمارات والشعور بعدم التأهيل، النقد الذاتي العنيف، وتأنيب الذات المستمر بالإضـــافة إلى التقدير المنخفض للذات (ولد يحي عودية حورية، 2009)

كما انتهت دراسة لطفي الشربيني (2003) إلى أن الأفكار السوداء تدور في رأس مريض الاكتئاب فيفكر في المستقبل بيأس شديد ولا يرى في الحاضر إلا المعاناة والإحباط، وينظر إلى الماضي نظرة سلبية فيتجه إلـــى لـــوم نفســـه وتأنيبها على أخطاء وأحداث مضت عليها أعوام طويلة، ويصل التفكيـــر فـــي المستقبل المظلم والحاضر الذي لا يُحتمل والماضي المـــؤلم بـــبعض مرضـــى الاكتئاب إلى حالة من القنوط واليأس الشديد، وهذا ما يدفعهم إلى التفكيـــر فـــي الانتحار، حيث يتخيل مريض الاكتئاب في بعض الأحيان أن الحيـــاة أصـــبحت عبئا لا يمكن احتماله، ولا أمل في أي شيء، والحل الوحيد من وجهة نظره هو أن يضع بنفسه حدا لحياته .

من حيث العلامات السريرية الخاصة بالسلوكات الانتحارية يؤكد محمـــد الحجار (1998) أن المحاولين الانتحار غالبا ما يُسجل لديهم اضطراب الاكتئاب والشعور بالنقص واليأس وتوهم العدمية بالإضافة إلى تحقير الذات. وهـــذا مـــا يوضح طبيعة العلاقة بين كل من متغير الاكتئاب واليأس الـــذي انتهـــت إليـــه دراستنا الحالية.

نفس الرأي يذهب إليه أيضا أحمد عبد الخالق، عبد الغني محمد (2005) حيث يؤكدان على العلاقة بين كل من متغير الاكتئاب واليأس انطلاقا مـــن أن

الاكتئاب حالة انفعالية وقتية أو دائمة يشعر بهـا الفـرد بالانقبـاض والحـزن والضيق وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم، فضلا عـن مشـاعر القنـوط والجزع واليأس، وتصاحب هذه الحالة أعراض محـدودة متصـلة بالجوانـب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية، ومنها نقص الاهتمامـات وتنـاقص الاستمتاع بمباهج الحياة وفقدان الوزن واضطرابات النوم والشهية، فضلا عـن سرعة التعب وضعف التركيز والشعور بنقص الكفـاءة وانخفـاض الجـدارة والشعور باليأس والأسى وفقدان الثقة والأفكار الانتحارية.

اهتدى أحمد عياش (2003) من خلال دراساته إلى أن الاكتئاب اضطراب في المزاج يتميز بحزن مرضي، حيث يسيطر اليأس وتتعمق الحيرة، في هـذه الحالة يفقد المريض المتعة والحماسة في حياته اليومية، وهذا ما يؤدي لانبعاث فكر التدمير، أي الموت لتتحول الرغبة في الحياة لأمنية اللحاق بعزيـز فقـده، حيث يبرمج البعض خططا للانتحار أو يسلك بعضهم الآخر سـلوكا متهـورا كالإسراف في الكحول أو أي سلوك رديف للانتحار، وهذه الحالة المتطورة من الاكتئاب الحاملة في ثناياها الموت الإرادي تسمى بالسويداء، ولعلهـا السـبب الأساسي الأول للانتحار في كل العالم. وضحايا الاكتئاب أو السويداء كثيرا مـا يكونون مصابين بما يسمى بالشخصية ذات المزاج الدوري أي أحيانا يـتملكهم الفرح الشديد من تفاؤل وطموح كبير إضافة للنشاط المفرط وأحيانـا يـتملكهم الحزن غير المبرر مع كل العوارض. ومن ثم يبدو أن مجمل الدراسات الحالية تؤكد على اللحمة القائمة بين الاكتئاب واليأس.

قام مور وباوليلو (1984) Moor ,Paolillo بدراسة لمحاولة الكشف عـن علاقة الاكتئاب ببعض المتغيرات من بينها اليأس، بالإضـافة إلـى متغيـرات أخرى، وتم تطبيق مجموعة من المقاييس ومن ضمنها مقياس بيـك للاكتئـاب واليأس، وهذا على عينة مكونة من 317 من المرضى النفسيين الذين تتـراوح

أعمارهم بمتوسط 19 سنة، وقد بينت نتائج دراستهم أن اليأس مرتبط بشكل قوي مع الاكتئاب. نفس النتيجة توصل إليها بيك وآخرون (1967) Beck et al فـــي دراستهم حول الاكتئاب، حيث تبين أن هناك مجموعة كبيـــرة مـــن المكتئبـــين تصل إلى 67% يُظهرون و يعانون من مشاعر اليـــأس، ولمـــا قـــام بدراســـة مستفيضة حول هذه الحالات وجد أن الاكتئاب كلما كان شديدا كلمـــا ارتفعـــت درجة اليأس.

كما أسفرت دراسة أخرى لبيـــك وآخـــرون (1973) Beck et al لعينـــة قوامها تعدادا 68 حالة حاولت الانتحار بمستشفى الأمـــراض العقليـــة وهـــذا باستعمال مقياس بيك للاكتئاب واليأس، حيث أسفرت دراستهم عن وجود يـــأس شديد مرتبط باكتئاب شديد أو متوسط لدى الفئة التي تظهر ميـــول انتحاريـــة، وهذا مقارنة مع الفئة التي لم تظهر ميولا انتحارية.

من خلال النظرة الشاملة لما ورد في التـــراث الســـيكولوجي يتضـــح أن الاكتئاب حالة انفعالية وقتية أو دائمة يشعر بهـــا الفـــرد بالانقبـــاض والحـــزن والضيق وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم، فضلا عـــن مشـــاعر القنـــوط والجزع واليأس، وتصاحب هذه الحالة أعراض محـــدودة متصـــلة بالجوانـــب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية، ومنها نقص الاهتمامـــات وتنـــاقص الاستمتاع بمباهج الحياة وفقدان الوزن واضطرابات النوم والشهية، فضلا عـــن سرعة التعب وضعف التركيز والشعور بنقص الكفـــاءة وانخفـــاض الجـــدارة وشعور باليأس والأسى وفقدان الثقة والأفكار الانتحارية (أحمد عبد الخالق، عبد الغني محمد ،2005).

خلصت أيضا الدراسة التجريبية التي قام بها لوب وآخرون (1967) Loeb et al في محاولة منهم للمقارنة بين مجموعتين مصابتين بالاكتئـــاب الأولـــى تعاني من اكتئاب شديد والثانية تعاني من اكتئاب متوســـط، ووجـــد أن هنـــاك

ارتباط بين شدة الاكتئاب وشدة درجة اليأس. كما بينت دراسة داند وآخرون (1988) Dand et al على عينة مكونة من 130 حالة من المتكئبين، توصلوا من خلالها إلى إيجاد علاقة ايجابية وقوية بين كل من متغير ي اليأس والاكتئاب بمعامل ارتباط يقدر بـ 0.81. نفس الرأي يذهب إليه يانغ وكلوم (1994) Yang et Clum حيث يؤكدان على أن اليأس يصلح كعامل معرفي يؤثر في الأمراض الاكتئابية بطريقة مباشرة ويؤثر في التفكير الانتحاري بطريقة غير مباشرة (حسين فايد –ب– 2001).

يؤكد حسين فايد –ب– (2001) على أن البحث في التراث السيكولوجي الخاص بالانتحار والعوامل الكامنة وراءه توضح أن هناك متغيرات معرفية أساسية كالاكتئاب واليأس تلعب دورا رئيسيا في أي نظرية شاملة خاصة بالانتحار، فقد توصل بيك وآخرون (1988) Beck et al في دراساتهم إلى أن اليأس المحدد إجرائيا عن طريق مقياس اليأس BHS باعتباره توقعات سلبية للمستقبل ليس فقط متغيرا أو وسيطا هاما في فهم العلاقة بين الاكتئاب والانتحار، ولكنه قد يكون أيضا أفضل منبئ منفرد للانتحار الذي يتم بنجاح .

في نفس السياق يقر حسين فايد –ج– (2001) أنه وفي إطار الدراسات الإمبريقية التي أجريت للتحقق من جوهرية العلاقة بين الانتحار والاكتئاب، أجرى ديك (1991) Dyck دراسة بهدف التعرف على الاتجاهات الايجابية والسلبية التي تكمن وراء تصور الانتحار .وطبق الباحث مقياس بيك للاكتئاب ومقياس تصور الانتحار ومقياس اليأس وقائمة أسباب الحياة على عينة قوامها 128 من طلاب الجامعة (48 ذكرا، 80 أنثى) وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط موجب وجوهري بين الاكتئاب وكل من اليأس وتصور الانتحار.

كذلك تم التحقق من الافتراض النظري السابق لدى عينة من طلاب المدارس الثانوية التي أجراها دي مان (1990) De man والتي هدفت إلى

فحص المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بتصور الانتحار، حيث طبق الباحث كلا من قائمة بيك للاكتئاب ومقياس تقدير الذات وقائمة مسح خبرات الحياة واستخبار المساندة الاجتماعية على عينة قوامها 754 من طلاب المدارس الثانوية (372 ذكرا، 382 أنثى) وأسفرت النتاج عن أن عزل تأثير الاكتئاب أدى إلى تضاؤل حجم الارتباط بين تصور الانتحار وكل من تقدير الذات وأحداث الحياة والمساندة الاجتماعية .

يؤكد بيك وآخرون (1979) Beck et al أن التكفل النفسي بالمحاولين الانتحار يوحي دوما بضرورة التعامل مع اليأس وتقديره بشكل دقيق بالتعرف على واقعية موقف الحياة التي يحياها المريض والنظرات التفسيرية التي يستخدمها لتقييم ذلك الموقف الحياتي.

أظهرت نتائج أبحاث بشير معمرية (2009) أن اليأس يعكس لنا حالة الفرد الجسمية والعقلية والاجتماعية التي ليست على ما يرام. وطبقا لإحصائيات الباحثين فإن 75% من المكتئبين يعتقدون أنهم لن يشفوا أبدا وتكون مشاعر اليأس لديهم قوية وقد يحاول البعض منهم الانتحار.

يبدو أن ما أسفرت عنه الدراسات في مجال الاكتئاب هو ما جعل ابرامسون وآخرون (1989) Abramson يقترحون نوعا تحتي للاكتئاب وأطلق عليه اسم اكتئاب اليأس Hoplessness dépression ويعتبر هذا النموذج من بين النماذج النظرية المفسرة للسببية الاكتئابية، وقد ظهر هذا النموذج كتعديل لنظرية العجز المكتسب لسليغمان Seligman وينطلق هذا النموذج من افتراض أساسي مفاده أن اليأس هو السبب الرئيسي والوحيد الذي يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب، وبالنسبة لأبرامسون Abramson يعتبر اليأس نتيجة لعاملين أساسيين هما :

1 – التوقع السلبي للنتائج .

2- توقع العجز والفشل في القيام بنشاط ما.

كما خلصت الدراسة التجريبية التي قام بها لوب وآخرون (1967) Loeb et al بين مجموعتين مصابتين بالاكتئاب الأولى تعاني من اكتئاب شديد والثانية تعاني من اكتئاب متوسط ووجد أن هناك ارتباط بين شدة الاكتئاب وشدة درجة اليأس، وهذا ما أكده أيضا كل من بيـــك، برغمـــان، منكـــوف وكنـــاث (1973) Beck Bergman, Minkoff, Kenneth, حيث انتهوا في دراسة لــ 68 حالة حـــاولوا الانتحار إلى أن درجة اليأس تتغير بتغير درجة الاكتئاب، وهذا يعنـــي أنـــه إذا كان الاكتئاب شديدا كانت درجة اليأس شديدة والعكس صحيح (يحياوي حسينة، 1996).

وتشير الدراسات التي قامت بالمستشفيات الجزائرية إلى نفس النتائج التي انتهت إليها البحوث العالمية ومن بينها دراسة بن سماعيل (1994) Bensmail التي انتهت إلى أن الاكتئاب يظهر مجسدا من خلال الأفكار القائمة على تحقير الذات وتأنيب الضمير بالإضافة إلى التشاؤم واليأس.

كما توصل كول (1988) Cole عندما قام بدراسة حول اليأس والمرغوبية الاجتماعية والاكتئاب والانتحار إلى وجود ارتباط كبير بين الاكتئاب واليـــأس. كما أوضحت المعاينة العيادية في مجال الطوارئ النفسية أهمية الارتباط القـــائم بين مشاعر اليأس بشدة الاكتئاب وبارتفاع السلوك الانتحاري، ، ومن ثم تأكـــد أن التكفل النفسي بهذه الفئة لابد أن يأخذ بعين الاعتبار كلا من هاذين المتغيرين على متصل واحد في درجة الأهمية (Asarnow, 1987)

في نفس الاتجاه يؤكد حسين فايد -ج - (2001) على أهمية وجود متغير اليأس لدى الفرد المكتئب حتى يقدم على الانتحار، والأكثر من ذلك أنه ليس كل فرد مكتئب يمكن أن يقدم على الانتحار إلا إذا استشعر اليأس بشكل كبير، وهذا ما أكده التراث النفسي في مجال الانتحار بأن اليأس له تأثيره بالنســـبة للعلاقـــة

بين الاكتئاب ونية الانتحار، وأن اليأس أقوى تأثيرا في نية الانتحار إذا ما قورن بالاكتئاب.

من خلال استعراض ما انتهت إليه الأبحاث في مجال الانتحـــار، يظهـــر جليا أن نتائج بحثنا الحالي تتماشى معها وبشكل واضح. ومن ثم نؤكـــد علـــى الارتباط بين هاذين المتغيرين.

5 – نتائج العلاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل ودرجة الشعور بالاكتئاب لدى فئة من محاولي الانتحار.

أ – نتائج العلاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركـــزة علـــى المشكل ودرجة الشعور بالاكتئاب لدى فئة من محاولي الانتحار.

حاولنا في هذه الفرضية البحث عن العلاقة القائمة بـــين اســـتخدام مختلف استراتيجيات التعامل مع الضغوط المركزة على المشكل والشـــعور بالاكتئاب ،وبعد المعالجة الإحصائية تبين لنا أنه لا توجد علاقة ارتبـــاط بـــين الاكتئاب واستخدام استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل، وهذه النتيجة لا تتفق مع ما ورد في الدراسات السابقة، حيث تشير نتائج دراسة سيمونز وآخرون (1984) Simons et al وفينـــل وتســـدال (1987) Fenell et Teasdale أن مرضى الاكتئاب الذين يميلون لاستخدام أسلوب تكيف قائم على حل المشكلات قد يكون أكثر ملاءمة (أرون بيك، جان سكوت، مارك وليامز، دون سنة).

كما اختلفت نتائج البحث الحالي عن تلك التي توصل لها نيـــزو (1985) Nezu عندما قام بدراسة الفروق في المعاناة النفسية Psychological distress بين مجموعة من الأفراد الفعالين في حل المشكلات، ولتحقيق هذا تـــم تطبيـــق قائمة حل المشكلات على 213 من طلاب الجامعة. وتم تقسيم أفراد العينة إلـــى

مجموعتين على أساس درجاتهم على قائمة حل المشكلات، وقد أطلـق علـى الأفراد الذين حصلوا على درجات مرتفعة في القدرة علـى حـل المشـكلات بالأفراد الفعالين في حل المشكلات وتكونت المجموعة من 38 مفحوصا. وأيضا أطلق على الأفراد الذين حصلوا على درجات منخفضة في القدرة علـى حـل المشكلات بالأفراد غير الفعالين في حل المشكلات وتكونت المجموعة مـن 43 مفحوصا، وقد تم تطبيق الأدوات التالية مقياس بيك للاكتئاب ومقياس القلق سمة وحالة ومقياس روتر للضبط الدخلي والخارجي وقائمة المشكلات، وقـد بينـت النتائج أن المجموعة الأولى تعاني من أعراض اكتئابية منخفضة وقلق أقل فـي صورتيه حالة وسمة، وأكثر اعتقادا في الضبط الداخلي وأقل حدوث للمشكلات (رشاد موسى، 1998).

في دراسة أخرى قام نيزو (1986) Nezu بدراسة 26 مفحوصـا مكتئبـا توزعت على ثلاث أنواع من برامج العلاج، وهذه البرامج هـي عـلاج حـل المشكلة Problem –solving therapy والعلاج المركز على المشكلة Problem focuse therapy و قائمة Waiting list control وقد استمر العلاج لمدة 8 جلسات أسبوعيا وقد استغرقت كل جلسة فترة زمنية تراوحت من ساعة ونصف إلى ساعتين. وقد تم تطبيق مجموعة من المقاييس ومـن بينهـا مقيـاس بيـك للاكتئاب، وقد بينت النتائج أن أفراد المجموعة الأولى قد أظهرت تناقصـا دالا في الاكتئاب وارتفاعا في الاعتقاد في الضبط الداخلي بالمقارنة مع المجموعتين الأخيرتين (رشاد موسى، 1998) وهذا يعني أن تدريب المكتئبين على مهارات مركزة على حل المشكلات يعمل على خفض المشاعر الاكتئابية، ومن ثم فـإن هذه الدراسة كغيرها من الدراسات توصلت إلى العلاقة الارتباطية بين هـاذين المتغيرين.

في نفس السياق أسفرت دراسة شميدت (1988) Schmidt على مرضى مقيمين في المستشفى بغية إجراء عملية جراحية أن الذين يستعملون استراتيجيات التعامل النشطة كالبحث عن معلومات حول سير العملية الجراحية أو التعاون والمشاركة أثناء العلاج كانوا أقل اكتئابا وأقل تعقيدا فيما بعد العملية الجراحية مقارنة مع الأفراد الذين يستعملون استراتيجيات تعامل خاملة كالخضوع والقدرية (Paulhan 1992) ،كما توصل ميتشال وهودسون (1983) Mitchel, Hodson (نقلا عن Norman, Endler, James, Parker 1998) أن هناك علاقة سالبة في الاكتئاب واستعمال استراتيجيات التعامل المركزة على المشكلة .

من جهته يؤكد بيك (1973) Beck على وجود ارتباط قوي بين محاولة الانتحار والمعتقدات السلبية تجاه الذات ،المحيط والمستقبل (الثالوث المعرفي للاكتئاب)، ويؤكد إليس Ellis على وجود فروق بين الذين حاولوا الانتحار والذين لم يحاولو، ووجد بعض السمات المختلفة بينهم، أهمها الفعالية الأقل في حل المشكلات لدى الذين حاولوا الانتحار، إضافة إلى التفكير السلبي نحو الذات والحياة والمستقبل مع ظهور اتجاه ايجابي نحو الانتحار وهذه المميزات المعرفية تكون استعدادا لفقدان الأمل واليأس تجاه الضغوط الحياتية (Babolakis , 1990).

يبدو أن أفراد عينة البحث الحالي لا يبدون استجابات محددة عندما يتعلق الأمر باستراتيجيات مواجهة الضغط، وهذا مؤشر هام لعدم وجود استراتيجيات ناجحة لديهم، بالإضافة إلى أن تدريبهم على مهارات من النوع الأول (مهارات حل المشكلات) من شأنه أن يخلق لديهم مناعة نفسية ضد كل أشكال السلوك المدمر للذات .ولعل أهم ما يجب الإشارة إليه هو أن معظم أفراد العينة يهملون الاستراتيجيات الفعالة حسب ما أشارت إليه جميع فرضيات البحث الحالي والمتعلقة بمهارات التعامل والتسوية.

ب- نتائج العلاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركـــزة علـــى الانفعال ودرجة الشعور بالاكتئاب لدى فئة من محاولي الانتحار.

حاولنا في هذا الفرض دراسة العلاقة بين استخدام استراتيجيات التعامـــل المركزة على الانفعال ودرجة الشعور بالاكتئاب، ورغم أم معظـــم الدراســـات تشير إلى ارتباط مثل هذه الاستراتيجيات بصحة نفسية وبدنية سيئة، إلا أن نتائج بحثنا انتهت إلى أنه لا توجد علاقة بين معظمها إلا فيما يتعلق بإستراتيجية اتخاذ مسافة الذي كان دالا عند مستوى 0.01. وإن يكن فإن هذه الإستراتيجية تشـــير للمجهودات التي يبذلها الأفراد لتقدير الذات وتصغير معنى وأهمية الوضعية.

وقد أشارت دراسات متعددة لما آلت إليه نتائجنا ومنها الدراسة التي يؤكد من خلالها أحمد عياش (2003) أن الاكتئاب من أهم الأسباب الكامنة خلـــف الانتحار والمحاولات الانتحارية، والاكتئاب قد يحدث نتيجة انعكاسات متعـــددة .ونتيجة للاكتئاب يفقد الفرد المنطق وقواعد التفكير ليؤسس لانبعاث فكر التدمير أي الموت، لتتحول الرغبة في الحياة لأمنية اللحاق بعزيز فقده، حيـــث يبـــرمج البعض خططا للانتحار أو يسلك بعضهم الآخر سلوكا متهورا كالإسراف في الكحول أو أي سلوك آخر رديف للانتحار .

يؤكد كل مـــن (Norman, Endler, James, Parker, 1998) أن الدراســـات الحديثة تبين أن هناك علاقة بين استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال ونشـــأة المشاعر السلبية، وهذا ما انتهت إليه دراسة لـــ 149 حالة يظهرون هذا النوع مـــن العلاقة. وبهدف تحليل هذه العلاقة قام كل من بايلينغ، كرونكيت، مـــوس وآخـــرون Billing, Cronkite, Moos et al بفحص 705 طالبا وطالبة (229 ذكور -476 إناث) وهذا بتطبيق قائمة استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة CISS ومقياس بيك للاكتئاب، وأظهرت النتائج أن الأفراد المكتئبين أو الذين أظهـــروا اكتئابـــا شـــديدا يستعملون بشدة استراتيجيات مركزة على الانفعال مقارنة بالمجموعة الأخرى .

من حيث فعالية استراتيجيات مواجهة الضغط يؤكد وينمان (1981) (نقلا عن بشرى إسماعيل 2004) أنه إذا فشلت استراتيجيات المواجهة المختلفة يبدأ الفرد في الشعور بفقدان الأمل واليأس والعجز، حيث يرى أن الموقف يصعب عليه حله، ويتزايد هذا الشعور، وبأنه لا يمكنه التحكم أو السيطرة في أحداث الحياة، ومن المحتمل أن يؤدي هذا الشعور باليأس والعجز إلى ظهور المشاعر الاكتئابية والتي إن زادت تؤدي إلى الأفكار وأحيانا إلى الأفعال الانتحارية، حيث استنتج لازاروس (1986) أن القلق والاكتئاب والغضب، ما هم إلا نتيجة لفشل أساليب المواجهة ضد الضغوط.

وفيما يتعلق باستراتيجية اتخاذ مسافة التي كانت دالة في بحثنا، فإن هذا يتماشى مع الدراسات التي قام بها كاشا (2001) Kacha الذي يرى أن الذين حاولوا الانتحار كثيرا ما يلجأون إلى اتخاذ مسافة مما يؤدي بهم إلى تجنب مواجهة المشكلات الأمر الذي يؤدي إلى تعقيد الوضعيات، ومع الزمن تتفاقم حجم المشكلات وبالمقابل تتضاءل درجة التحمل، فيجد الفرد نفسه أمام وضعية غير قابلة للحل – من وجهة نظره – فيتخذ الانتحار أو المحاولة الانتحارية سبيلا لذلك، وكل هذا ينتج عن إستراتيجية اتخاذ مسافة .

كما يؤكد شعبان (1992) أن المكتئبين يختلفون في أساليب تعاملهم مع الضغوط البيئية بالمقارنة مع غير المكتئبين، فالأفراد ذوي الأعراض الاكتئابية المرتفعة يكونون أكثر ميلا لاستخدام الأساليب المتمركزة حول النواحي الانفعالية والوجدانية المصاحبة للأزمة. وتهدف إستراتيجية اتخاذ مسافة إلى تقليص الأثر الانفعالي للضغط من خلال تعديل الآثار الانفعالية (ضيق ،توتر، قلق ...) الناتجة عن الخبرة الضاغطة أو تعديل الأفكار والمعارف المرتبطة بالموقف، فهي بذلك لا تحاول التغلب على الضغط بحد ذاته، وتهتم إستراتيجية اتخاذ مسافة بتسوية الوضعية الضاغطة من خلال تعديل المعارف أو تقدير

الوضعية. فهي غالبا ما تستدعي إعادة الصياغة المعرفية للحدث حيث يصير أقل تهديدا. كما تعتبر إستراتيجية اتخاذ مسافة مواجهة معرفية – انفعالية وهذا يظهر من خلال توظيف نشاط معرفي يغير المعنى الذاتي للتجربة بهدف تقليص المستوى الانفعالي. ويلعب التقدير المعرفي من قبل الفرد لحجم الضغط الواقع عليه دورا في تحديد الآثار الانفعالية والفزيولوجية التي يسببها الحدث الضاغط، وهو ما يفسر لنا تباين استجابة الفرد لحدث ضاغط واحد (آيت حمودة حكيمة، 2006) .

نستخلص مما يلي أن استراتيجيات التعامل مع الضغط والمركزة على الانفعال رغم تأكيد الدراسات على عدم فعاليتها عموما وعلى ارتباطها بصحة نفسية وجسدية سيئة إلا أن نتائج دراستنا لم تتماشى معها إلا فيما يتعلق باستراتيجية اتخاذ مسافة التي تؤكد عليها غالبية الأبحاث التي تعنى بالسلوك الانتحاري والإدمان على المخدرات، وهذه النتائج تتماشى مع الواقع الجزائري الذي بينته نتائج أبحاث كاشا (2001) Kacha .

6– نتائج العلاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل ودرجة الشعور باليأس لدى فئة من محاولي الانتحار.

يتناول الفرض الحالي محاولة دراسة العلاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل وعلاقتها بدرجة اليأس لدى فئة من محاولي الانتحار، وقد أظهرت المعالجة الإحصائية ما يلي :

أ– نتائج العلاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل ودرجة الشعور باليأس لدى فئة من محاولي الانتحار.

يبدو من خلال نتائج المعالجة الإحصائية أنه لا توجد أي ارتباطات بين استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل ومتغير اليأس.

رغم أن اليأس، اتجاه عقلي سلبي يضغط على الإنسان شيئا فشيئا حتى يعييه ويقعده ويبطل مبادرته وكفاءته ونشاطه (عبد الحكيم العفيفي 1990) ورغم أن العديد من الباحثين (بيك وآخرون) يؤكدون أن اليأس عاطفة تتكون من اتجاهات يغلب عليها عدم الرغبة في الحصول على شيء أو الوصول إلى هدف معين مع الاعتقاد بأن الهدف لن يتحقق مما يجعل الفرد يشعر بالعجز والتوتر ويظل اعتقاده في عدم قدرته على تحقيق الهدف مستمرا مما يدركه من العوائق التي يمكن أن تحول دون تحقيق الهدف .ورغم أن اليأس يعبر على شعور الفرد بعدم إمكان الحصول على ما يريد وصعوبة الوصول إلى الهدف بسبب ما يدركه من عوائق وصعوبات تحول دون ذلك، ويستمر لديه الاعتقاد بذلك، مما يجعله يستسلم إلى العجز وفقدان الدافعية إلى العمل، مما يجعله يتخلي عن الأمل بالنسبة لبذل الجهد بنجاح في سبيل الوصول إلى هدف أو إشباع رغبة (بشير معمرية، 2009). نتائج هذه الأبحاث تؤكد على أن الفرد اليائس يعاني من فقر على مستوى حل المشكلات والتخطيط لها بسبب عدم وضوح الرؤية وبسبب عدم وجود هدف واضح يقاوم الفرد لأجله، إلا أن كل هذا لم يظهر متوافقا مع نتائج الدراسة الحالية، حيث تبين أن لا ارتباط بين استراتيجيات التعامل مع الضغوط واليأس، وقد اختلفت نتائج دراستنا مع ما توصلت إليه دراسة بوتيير، فيتال (2006) Bouteyre,Vitale التي خلصت إلى أن إستراتيجية التعامل المركزة على المشكل ترتبط بصحة نفسية وعقلية جيدة وهذا بنسبة 72% من مجموع العينة الكلية (134 حالة) إذ يواجه الفرد العديد من المشكلات في حياته اليومية والتي تستدعي الحلول، فيعمل على التصدي لها، فيفكر في إيجاد مخرج للمشكلة بإيجاد الحل المناسب، ولعل المهم هو إيجاد الحل بالطرق العلمية عوضا عن التخبط أو التفكير بالمشكلة عشوائيا أو التفكير في حلول لا تؤدي إلا للفشل ولا ترمي

بصاحبها إلا إلى اليأس والإحباط والتراجع أمام المشكلة (عبد المعطي سويد 2003). من جهته يؤكد امطانيوس مخائيل (2006) أنه من الواضح أن ثمة تباينا واسعا بين الأفراد في طريقة تعاملهم مع المشكلات والأزمات والنكبات والحوادث المأساوية التي يتعرضون لها وأن من الأفراد من يقع بسهولة فريسة اليأس والشعور بالعجز والإحباط الذي قد يدفع به إلى التفكير بالانتحار وربما الانتحار فعلا بسبب عدم وفرة مهارات حل المشكلات .

من جهته يؤكد لطفي الشربيني (2003) أن أول تدخل يقوم به الأخصائي النفساني هو فحص المريض ومحاولة إيجاد مخرج أو أمل في حل مشكلاته والتخلص من المعاناة واليأس حتى يتم تغيير نظرته السوداء. وهذا مؤشر هام لفعالية البرامج التي تقوم على تدريب المكتئبين على حل المشكلات بهدف التقليل من اليأس والنظرة التشاؤمية السلبية، ومن ثم التخفيف من احتمالية الانتحار والمحاولات الانتحارية.

كما اختلفت نتيجة البحث الحالي مع ما بينته دراسة يانغ وكلوم (Yang ,Clum (1994 بأن امتلاك الفرد لمهارات حل المشكل يؤثر بشكل مباشر وذو معنى على اليأس مما يؤثر ايجابيا على أعراض الاكتئاب.

يعود سبب اختلاف نتائج البحث الحالي مع ما أقرته الدراسات السابقة لعدة عوامل، من بينها أن النتائج التي تحصل عليها أفراد العينة على سلم اليأس كانت جد مرتفعة، وهذا مؤشر لافتقادهم لمهارات حل المشكلات في تاريخهم السابق، وهذا ما تبين لنا من خلال بعض المقابلات التي قمنا بها، حيث أكد لنا غير واحد منهم أن المواقف الحياتية السابقة التي تعرضوا لها وشعروا بأنها ضاغطة لم يحاولوا حلها أو دراستها أو حتى استشارة من يتسمون في بيئتهم بالروية والحكمة، ولم يكن أمامهم سوى اختيار الطرق الأسهل وغالبا ما كانت تتثمل في اتخاذ مسافة ومحاولة تجنب المشكلة، وهذا ما تحقق فعليا من خلال

نتائج الفرضية الجزئية الثانية التي دلت على وجود هذا النوع من الاستراتيجيات لدى أفراد عينتنا .

ب- نتائج العلاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركـزة علـى المشكل ودرجة الشعور باليأس لدى فئة من محاولي الانتحار.

انطلقنا في هذه الفرضية من وجود علاقة ارتباط موجبة بـين اسـتخدام استراتيجيات تعامل مركزة على الانفعال والشعور باليأس، وأظهرت المعالجـة الإحصائية، أنه لا توجد ارتباطات بين المتغيرين ما عدا فيما يتعلق بإستراتيجية اتخاذ مسافة وإستراتيجية ضبط الذات حيث كانتا دالتين عند مستوى 0.01.

سنحاول عرض أهم ما خلصت إليه الدراسات في هذا المجال بداية مـن دراسة محمد الحجار (1989) الذي يؤكد أن الأفراد المنتحرون تضيق لـديهم الخيارات إذ عوضا أن ينظروا إلى الأجوبة المتنوعـة الخاصـة بمشـكلاتهم يفكرون فقط بخيارين لا ثالث لهما، إما الوصول إلـى الحـل الكامـل غيـر المنقوص أو إيقاف كل شيء، وأما بقية الخيارات الممكن النظر فيهـا فتكـون خارج إطار منظورهم بفعل اليأس والألم .

من حيث فعالية استراتيجيات مواجهة الضغط يؤكد وينمان (1981) (نقلا عن بشرى إسماعيل، 2004) أنه إذا فشلت استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل، تظهر بعض أشكال الاستراتيجيات المركزة على الانفعال فيبدأ الفـرد في الشعور بفقدان الأمل واليأس والعجز، حيث يرى أن الموقف يصعب عليـه حله، ويتزايد هذا الشعور وبأنه لا يمكنه التحكم أو السيطرة في أحداث الحياة، ومن المحتمل أن يؤدي هذا الشعور باليأس والعجـز إلـى ظهـور المشـاعر الاكتئابية والتي إن زادت تؤدي إلى الأفكار وأحيانا إلى الأفعـال الانتحاريـة، حيث استنتج لازاروس(1986) أن القلق والاكتئاب والغضب يظهرون نتيجـة

لفشل أساليب المواجهة ضـد الضـغوط وهـذا بلجـوء الأفـراد لاسـتعمال استراتيجيات مركزة على الانفعال.

في نفس السياق يؤكد كل من ديانا هيلز، روبرت هيلز (ترجمة عبد العلي الجسماني، 1990) أن معظم الذين يقتلون أنفسهم يبلغ بهم اليـأس غايتـه فـلا يستطيعون مجاراة متطلبات الحياة /أو التفكيـر بشـكل عقلانـي /أو يـداخلهم إحساس بالخزي والعار /أو الإحساس بالعزلة، وهذا نتيجة لافتقارهم للمهـارات المناسبة لمواجهة المواقف الضاغطة ومشاعر اليأس.

نفس الرأي يؤكده كل من آرون بيك، جان سكوت، مارك ليـامز (دون سنة) على أن المحاولين الانتحار تتوازن عندهم أسباب المـوت فـي مقابـل الحياة، فالرغبات الانتحارية هي نتيجة الموازنة بين الاثنتين، لذلك يلاحظ لـدى فئة المحاولين الانتحار أنهم لا يجدون أسباب الحياة بسهولة فقد يفقدون الأمـل تماما. ويظهر هذا الشعور بعد أن تفشل أساليب المواجهة لديهم، فينطلقون نحو أساليب أقل فعالية كاتخاذ مسـافة أو ضـبط الـذات، حيـث تعمـل هـاتين الاستراتيجيين على زيادة حالة الانضغاط وفقدان الأمل في وجود حـل، ممـا يسمح بظهور السلوكات الانتحارية المختلفة.

فيما يتعلق بإستراتيجية اتخاذ مسافة عرضنا في فرضيات سـابقة سـبب لجوء أفراد عينة البحث الحالي لاستعمالها .أما فيما يتعلق باسـتراتيجة ضـبط الذات، فهي التي تترك لدينا انطباعا بأن هناك نوعا من تقييـد الـذات، فهـي تتضمن الكبح والتقييد الذي يمارسـه الفـرد علـى نفسـه . ويؤكـد محمـد الشناوي،وعبد الرحمن السيد (1998) أن ضبط الذات عبارة عن أسلوب لتغيير السلوك يبدأه الفرد عادة بنفسه بغرض التأثير على سلوكه الشخصي، كما يرتكز مفهوم ضبط الذات حسب الرشيدي وآخرون (2001) على التنظـيم الوجـداني والجهود التي يبذلها الفرد لضبط الانفعالات عند التعامل مع المواقف الضاغطة،

وذلك من خلال تحمل الغموض والتناقض وتحكم الفرد في مشاعره. (آيت حمودة حكيمة، 2006). هذا الأمر ربما هو الذي يقود أفراد عينتنا إلى محاولة ضبط الذات وعدم الاستجابة في بعض الأوقات الحرجة، وهذا ما يفسر أيضا لجوءهم لإستراتيجية اتخاذ مسافة، وبمرور الزمن يجدون أنفسهم يواجهون المشكل الأصلي بالإضافة لمخلفاته، ونظرا لوجود مؤهلات أخرى من بينها الخصائص الشخصية والمعرفية يستسهلون الإقدام على المحاولة الانتحارية.

7 – نتائج الفروق بين في درجة إدراك الضغط النفسي لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس

قام هذا الفرض بغرض البحث في الفروق الممكنة بين الذكور والإناث فيما يخص متغير إدراك الضغط. وقد أظهرت نتائج المعالجة الإحصائية أن الفرق غير دال بين الذكور والإناث.

جاء اهتمامنا بدراسة الفروق بين الذكور والإناث لما لدور الجنس من أهمية في معرفة الأسباب الحقيقية التي تجعل الاختلاف واردا في بعض الخصائص ومتشابها في خصائص أخرى، وقد اعتمدنا في هذا على ما يؤكده يوسف جمعة –ج– (2000) الذي يرى أن علماء النفس الاجتماعي بدءوا في السنوات الأخيرة في محاولة فهم الاختلافات السلوكية بين الذكور والإناث في ضوء السياق الواسع للمجتمع الذي يعامل الذكور والإناث بطرق مختلفة (يوسف جمعة –ج– 2000).

في نفس السياق يؤكد كوكس ومكاي (1976) Cox, Mackay (نقلا عن بن بريكة عبد الرحمان، 2006) بأن الضغط النفسي يحدث عندما يكون هناك تباين بين المتطلبات المدركة وإدراك الفرد لقدرات لمواجهة لهذه المتطلبات، وبالتالي ليست المتطلبات الحقيقية أو القدرات والإمكانات الفردية هي التي تخلق

عدم التوازن، بل إدراك الفرد لذلك، ونفس الشيء أكده ليفين وجماعته Levine et al (1978) على أساس أنه ليس فقط المنبه أو البيئة الفيزيقية في حد ذاتها هي التي تحدد الاستجابة السيكولوجية، ولكن تقييم الفرد لهذه المنبهات كذلك له دور أساسي في استجابته لها .

ويبدو أن عدم وجود اختلاف بين الذكور والإناث في متغير إدراك الضغط الذي ظهر كنتيجة لبحثنا الحالي يعود إلى تغير دور المرأة جذريا خلال الربع الأخير من القرن العشرين في مجتمعاتنا العربية، فقد أصبحت المرأة تشارك أسرتها تحمل المسؤولية ويقع عليها أيضا عبء الحياة من خلال معايشتها مع أسرتها، فإن كانت غير متزوجة فهي تتحمل أكثر بمشاركة الزوج طموحاته إضافة إلى زيادة مصادر الضغوط الناتجة عن الواجبات المنزلية وتربية الأولاد وتوفير الراحة للعائلة في الأوضاع الاعتيادية أو في حالات الأزمات، وخاصة ونحن نعيش في مجتمعات عصفت بها الأزمات وابتعدت عن الاستقرار والتماسك نتيجة اتساع الطموحات، فأصبح البحث عن مكان آمن وإيجاد متنفس للتعبير عن الرأي الشاغل الأهم لدى الرجل والمرأة (سعد الإمارة –ب– 2001)

ورغم ستورا (1997) (نقلا عن سعد الإمارة –ب–(2001) يؤكد أن النساء معرضات لصنفين من الضغوط مقارنة بالرجال إلا أن ذلك لم يتماشى مع دراستنا الحالية، حيث يرى أن النساء يتعرضن لـ:

-ضغوط تتعلق بهويتهن البيولوجية

-ضغوط تتعلق بالممارسة الأسرية.

فالمرأة حين تتعرض للضغوط الناتجة عن دورها البيولوجي وما يرافقه من تشنجات وأعراض كسرعة التأثر والغضب أو اختلال النوم أو حالات الصداع المستمر ما هي إلا نتاج لتلك الضغوط التي ما عادت تقوى على

تحملها وبالتالي تضعف لديها المقاومة الجسدية وبمرور الزمن تنهار المقاومة وتكون عرضة للأمراض بأنواعها .أما الضغوط الناتجة عن الدور الأسري ومحاولة التشبث بما أمكن من تماسك الأسرة في مثل هذه الظروف التي تمر بها والانتقالات المستمرة في السكن أو بين البلدان أو حتى الإحساس بعدم الاستقرار للعائلة يشكل بحد ذاته ضغطا كبيرا على رب الأسرة وضياع الهدف وضبابية المستقبل للعائلة .وهو يشكل لدى المرأة الجزء الأكبر لهذه المعضلة، وتمتص مخاوف الرجل من خلال إضفاء الأمان على أفراد الأسرة وتبديد مشاعر الخوف. إن المرأة عندما تأخذ هذا الدور داخل الأسرة إنما تشارك بشكل فعال في الحفاظ على قوة الأسرة في مواجهة ضغوط الحياة بأشكالها الاقتصادية والمالية والضغوط الناتجة عن عدم وضوح الرؤية للمستقبل والبحث الدائم عن الاستقرار.

كما انتهت بعض الدراسات إلى وجود فروق تعزى لعامل الجنس في مستوى إدراك الضغط ومن بينها دراسة نيوكمب وزملاؤه (1986) Newcomb et al أن هناك فروقا بين الجنسين في إدراك أحداث الحياة ولكن هذه النتائج تبرز فقط عند التعامل مع متوسط المرغوبية للأحداث، وعند مقارنة ترتيب التقديرات تبين أن هناك تشابها بين المجموعتين .كما تشير الدراسة إلى أن الفروق بين الذكور والإناث كانت موجودة فالإناث يدركن الأحداث على أنها غير مرغوبة أي شاقة بدرجة أكثر جوهرية من الذكور(يوسف جمعة –ج- 2000).

إلا أن نتائج البحث الحالي تتماشى مع معظم الدراسات في مجال الضغط حيث تشير إلى عدم وجود تأثير لمتغير الجنس في مدى التأثر بضغوط الحياة، ففي دراسة أجراها جيك وميتز (1985) Jick, Mitz وجدا أن الذكور والإناث لا يختلفون في مقدار الضغوط التي يتعرضون لها ولا في مظاهر الضغوط لديهم،

كما وجد أن الإناث يظهرن علامات اضطراب سيكولوجية بدرجة أكبر من الذكور عند التعرض لمواقف الضغط ومنها اضطراب القلق، في حين أن الذكور يظهرون اضطرابات بدنية كالاضطرابات القلبية .وفي دراسة أجراها مارتوكشيو وأوليري (1989) Martocchio ,o'leary أظهرت أن التحليلات للفروق بين الذكور والإناث عدم وجود تأثيرات واضحة لكيفية تأثر كلا الجنسين بالضغوط وفي التحليل الكلي وعند تقسيم العينة بالمقاييس السيكولوجية والبدنية وجد ا أن الارتباط بين الضغط والجنس هو صفر (حسن عبد المعطي 2006،)

من جهته يؤكد فولكمان ولازاروس (1980) على عدم وجود فروق بين الجنسين في الضغط وخاصة في المرحلة العمرية ما بين 45-64 سنة. في نفس السياق يؤكد هاملتون وبفرلي (1988) Hamilton ,Beverly أنه لم تظهر فروق بين الجنسين في تكرار أحداث الحياة المثيرة للمشقة بصفة عامة، كما لم تظهر فروق في الأحداث الخاصة بكل نوع باستثناء أن النساء قررن درجة أعلى من المشقة بشكل عام وكانت الأحداث المشتركة والشائعة لدى كل من الرجال والنساء هي الأحداث الأكثر تكرارا والأكثر إثارة للمشقة (يوسف جمعة -ج- 2000).

من هنا يمكن القول أن فئة المحاولين الانتحار والذين شكلوا أفراد عينة البحث الحالي لا يختلفون من حيث إدراكهم لشدة الضغوط التي يمرون بها أو يعانون منها.

8- نتائج الفروق بين في درجة إدراك الضغط النفسي لدى محاولي الانتحـــار وفقا لمتغير عدد المحاولات :

حاولنا في هذه الفرضية التعرف على الفروق الموجودة في مستوى إدراك الضغط بين الفئات وهذا تبعا لعدد المحاولات الانتحارية وتكرارها، وانطلقنا من أن الذين حاولوا أكثر من مرة يسجلون درجات أعلـــى علـــى مســـتوى إدراك الضغط النفسي.

بعد تطبيقنا للمعالجة الإحصائية المناسبة، توصلنا إلى وجود فروق دالـــة إحصائيا بين الفئات الأربعة وهذا عند مستوى 0.01.

وقد تبين أن الذين حاولوا الانتحار مرة أقل ضغطا مـــن الـــذين حـــاولوا مرتين، كما أن الذين حاولوا مرتين أقل ضغطا من الذين حاولوا ثلاث مـــرات، وتبقى الفئة التي حاولت الانتحار أربع مرات أكثرهم تسجيلا وأعلاهـــم علـــى مستوى إدراك الضغط.

ويوضح الاستعراض الدقيق للدراسات بداية من أعمال هولمز وراه وثيـــل (1975)Holmes ,Rahe ,Theil ودراسات راه وثيـــورال (1971) Rahe , Theorell ودراسات راه وليند (1967) Rahe , Lind وكيكولت وغلوســـر وآخـــرون (1985) Kiecolt ,Glaser ودراسة ستيفنسن Stevenson 1973 أن ضغوط أحداث الحياة ينتج عنها اضطراب الصحة النفسية والجسمية (حسن عبد المعطي 1992) وهذا ما يؤكـــد أن شدة إدراك الضغط النفسي كثيرا ما تكون سببا في ظهور السلوكات الانتحارية.

وحسب المنظمة العالمية للصحة فإن 20-30% من المحاولين الانتحـــار يعاودون المحاولة خلال 12 شـــهرا (Wilmotte et al 1986) وهـــذا بســـبب التراكمات الناتجة عن الضغوط وفشل مهارات التســـوية التـــي تعمـــل علـــى مضاعفة سلوكات الخطر.

إن المعاناة و المضايقات اليومية لسنوات طويلة ومفجعة قد يكون لها تأثيرات قوية على الصحة، وتشير الأدلة العلمية إلى أن المضايقات اليومية قد يكون لها تأثيرات أكثر دلالة على صحة الأفراد ففي إحدى الدراسات الطولية التي أجريت على 100 شخص من كاليفورنيا طبق عليهم مقياس المضايقات اليومية كانوا هم الأكثر تعرضا للأمراض الجسمية المرتبطة بالضغوط والتي من بينها الدوار، الصداع، واضطرابات المعدة، كذلك أشارت النتائج إلى أن المضايقات اليومية كانت منبئا دالا وقويا للأعراض النفسية أكثر من أحداث الحياة وعلى رأسها الاكتئاب والضغط والسلوكات الانتحارية .

بالإضافة لهذا فإن الضغوط المستمرة أو المزمنة تكون مصدرا لكثير من المشكلات التي لا تكون هامة في حد ذاتها، وهذه المشاحنات أو المضايقات هي جزء من الحياة، ولكن عندما تتكدس تصبح مصدرا أساسيا للضغط ومؤشرا هاما للسلوك الانتحاري. حيث أنه عندما تستمر هذه المضايقات يزداد الضغط وتتناقص القدرة على المواجهة والمقاومة، ومن ثم ينتج التوتر والتعب وفقدان النوم وعدم القدرة على حل المشكلات. وتتضمن المشاحنات خبرات الحياة اليومية مثل الانتظار لفترة طويلة أو ازدحام وتوقف المرور ونسيان بعض الأشياء، القيام بالأعباء الأسرية، تمزق الثياب، فهذه المضايقات اليومية قد يكون لها تأثير على صحة الأفراد، ومجموع تأثيرها يؤثر على العلاقة بين أحداث الحياة الأساسية والمرض (بشرى إسماعيل، 2004).

يؤكد شوكي (1989) Choquet بأن وجود عامل ضاغط يزيد من خطر الانتحار فالفرد أمام حدث صدمي أو مفجر يضعه في حالة من التوتر ويؤدي عجزه لحل الوضعية إلى زيادة التوتر النفسي الذي يظهر على شكل قلق متزايد واستثارة وزيادة العدوانية والإحساس بالعجز في حل المشكل، مما يسهم في تفاقم الإحساس بالتهديد الذي يسبق المرور للفعل الانتحاري المدرك كمخرج وحيد ممكن من الأزمة،

وعليه تعتبر عوامل الضغط المستمرة والحادة من العوامل المعجلة للمـــرور للفعـــل الانتحاري.

في نفس السياق يؤكد كندي Kennedy (نقلا عن Wilmotte et al 1986) على وجود فروق في عدد المحاولات الانتحارية (تكرارها) بين الأفراد، فكلما كان هناك تكفل نفسي واضح وخاصة فيما يتعلق بالضغوط النفسية، كلما قلـــت عدد احتمالات تكرار المحاولة.

لاحظ كريتمان Kreitman (نقلا عن Wilmotte et al 1986) فروقـــا نوعية بين الذين حاولوا الانتحار أكثر من مرة وبين الذين قاموا به للمرة الأولى ووجد أن المحاولين للمرة الأولى أشخاص حياتهم الداخلية كانت مستقرة نســـبيا ومتكيفون، رغم أن هذا التوازن في الحقيقة جد هش، يرتكز على علاقة ورابطة انفعالية خاصة، وفقدان هذه العلاقة أو الرابطة يتبعه اضطراب يهـــدد التـــوازن وينتهي بالانتحار السريع المنفذ بشكل مدروس، وهذا بعد المرور بحالة اكتئـــاب مرفوق بنوبات حصر واضطرابات النوم واللجـــوء إلـــى اســـتعمال العقـــاقير والكحوليات ثم تنتهي باللجوء للانتحار. أما الحالات التي أظهـــرت محـــاولات سابقة ومتكررة فقد كانوا يتميزون بفقدان الاســـتقرار النفســـي واضـــطرابات واضحة في التكيف الاجتماعي، ومعاناة واضحة على مستوى الضغط النفســـي، وهذا على الأقل منذ خمس سنوات قبل الانتحار، كما يتميزون بـــنقلهم لرغبـــة الموت للمحيطين بهم وبشكل واضح.

هذه النتائج تجمع على أن شدة إدراك الضغط النفسي، والارتفاع المسجل على مقياس لفنستين، مؤشر هام ومنبـــئ لوجـــود احتمـــال تكـــرار المحاولـــة الانتحارية .

9- نتائج الفروق في درجة الشعور بالاكتئاب لدى محـــاولي الانتحـــار وفقـــا لمتغير الجنس.

صبت هذه الفرضية للبحث في الفروق الموجودة في الاكتئاب وهذا تبعـــا لمتغير الجنس، حيث افترضنا أن الإناث يسجلن درجات أعلى من الذكور فـــي الاكتئاب .وبعد قيامنا بالمعالجة الإحصائية اللازمة تبين لنا عدم وجود فـــروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب يمكن عزوها لمتغير الجنس.

يبدو أن نتائج فرضية البحث الحالي تختلف عما توصـــلت إليـــه معظـــم الأبحاث التي تؤكد على أن الاكتئاب هو أحد الأمراض النفسية انتشارا ويصيب النساء أكثر من الرجال (لطفي الشربيني، 2003). ويبدو أن الباحثين قد ركزوا على أن للنساء نظام هرموني أكثر تعقيدا من الرجال، وأي اختلال فـــي هـــذا النظام يصبح سببا في الاكتئاب، فالعديد من النساء يشـــعرن بفـــرط الحساســـية والكآبة قبل حدوث الدورة الشهرية (عبد الحكيم العفيفي، 1990).

أسفرت نتائج كثير من الدراسات عن أن الإناث أكثر إظهارا للأعـــراض الاكتئابية مقارنة بالذكور، ومن بين هذه الدراسات المسح القـــومي للاكتئـــاب الذي أجراه كل من يوجين ليفيت Levitt وبرنارد لوبين Lubin (1975) فـــي الولايات المتحدة الأمريكية حيث توصلا إلى أن الإناث أكثر اكتئابا من الـــذكور وذلك على عينة قوامها 3009 مفحوص .

كما أسفرت دراسة كل من كونستانس هامين Hammen و ستيفاني بيترز Peters بجامعة كاليفورنيا (1978) عن أن الإناث أكثر اكتئابـــا مـــن الـــذكور،

واستطاع جوي نيومان Newmann (1984) في دراسته للفروق الجنسية في الأعراض الاكتئابية التوصل إلى أن الإناث أكثر اكتئابا عن الذكور وذلـــك على عينة قوامها 980 مفحوصا بواقع 438 ذكرا و542 أنثـــى. كمـــا اســـتطاع عباس محمود عوض (1985) التوصل إلى أن الإنـــاث أيضـــا أكثـــر إظهـــارا

للاكتئاب مقارنة بالذكور في دراسته لعينة قوامها 235 طالبا وطالبة من المرحلة الثانوية بواقع 118 ذكرا و 117 أنثى.

وتمكن أحمد عبد الخالق (1989) بالاشتراك مع آخـــرين فـــي دراســـتهم للفروق في القلق والاكتئاب بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين، التوصل إلى أن الإناث المراهقات أكثر اكتئابا مقارنة بالذكور المـــراهقين. كمـــا بينـــت دراسة مدحت أبو زيد، عباس عوض (2001) حول العلاقـــة بـــين الاكتئـــاب وتقدير الذات لدى الأطفال، أن الإناث أيضا كـــن أكثـــر إظهـــارا للأعـــراض الاكتئابية مقارنة بالذكور وهذا في دراسة قاما بها على عينة قوامها 200 طفلا توزعت مناصفة بين الذكور والإناث.

ويرجح الباحثون ميل النساء للاكتئاب إلى طبيعة التكوين النفسي للأنثى، فهي أكثر حساسية من الذكر وتميل إلى التفكير العاطفي والخيـــالي والتـــأملي، وهي أكثر رقة ولذلك فهي تتعرض للاكتئاب أكثر من الـــذكور، خاصـــة وأن التغيرات التي تحدثها لديها الدورة الشهرية في سن ما بعد البلوغ تجعلها أكثـــر استهدافا للاكتئاب والقلق والتوتر وهذا ما أثبتتـــه الدراســـات أمثـــال دراســـة جريجوري بويل (1985) Boyle في جامعة دويلاواير بنيويورك وذلـــك علـــى عينة قوامها 154 أنثى بمدى عمري 18-44 سنة حيث هـــدفت الدراســـة إلـــى فحص تأثيرات مقياس عبارات " فيلتن " المثيرة للاكتئاب وعلاقتهـــا بمرحلـــة الإفراز المتأخر للهرمون الذي يفرزه الجسم الأصفر بالمبيض في مرحلة قرينة الحيض، وأسفرت النتائج عن أن الإناث يكن أكثر حساسية للمثيرات الاكتئابيـــة في تلك المرحلة (مدحت أبو زيد، عباس عوض ،2001).

في نفس السياق يبدو أن للمرأة تكوين نفسي خاص وطبيعة تختلف عـــن الرجال ورغم ما يقال من تمتع المرأة بقدر احتياطي من القـــدرات البيولوجيـــة والنفسية يفوق ما لدى الرجل إلا أن لديها من المشكلات الخاصة في كل مراحل

حياتها بداية من الطفولة حيث تكون الإناث أسرع نموا من الذكور ويصلن مبكرا نحو البلوغ والمراهقة ثم تبدأ بعد ذلك الدورة الشهرية وما يرتبط بها من انفعالات ومتاعب وقد يحدث هذا التوتر نتيجة لما يصاحب هذه المرحلة من تغيرات جسدية لم تألفها الفتاة من قبل ثم يأتي بعد ذلك الزواج وما يحيط به من التوتر الذي يصل أحيانا إلى حد الصراع النفسي خصوصا في البداية حتى يتم التوافق والتكيف على الحياة الزوجية، ومن الهموم الإضافية للمرأة والخاصة بها الحمل والولادة والنفاس والأمومة ورعاية الأطفال وما يتطلبه كل ذلك من أعباء بدنية ونفسية.في نفس السياق تشير الإحصائيات إلى أن المرأة أكثر إصابة بالاكتئاب من الرجل بنسبة تصل إلى ثلاثة أضعاف (لطفي الشربيني 2003).

كما أظهرت نتائج الدراسة التي قام بها عبد الوافي بوسنة (2004) في الجزائر، بمدينة قسنطينة أن الفتيات تجد الاكتئاب كمرجع تركن إليه في حالات الاضطرابات النفسية وذلك انتقاما من محيط خارجي لم يصل إلى فهم متطلباتهن .

توصل حسن عبد المعطي (1994) إلى أن الإناث يتربين في سياق ارتباط وجداني عميق مع الأم وهذا يؤدي إلى زيادة الحاجة إلى الدعم الاجتماعي وزيادة الحساسية لفقدان الدعم عند مواجهة الضغوط . فبينما تستسلم النساء ويقعن فريسة الاكتئاب نتيجة الأحداث الضاغطة يمارس الرجال أنشطة تنسيهم الضغوط التي مروا بها .

ورغم هذا الكم الهائل من الدراسات التي تبين أن الإناث أكثر عرضة ومعاناة من الاكتئاب مقارنة بالذكور، إلا أن هناك دراسات أخرى رغم قلتها تؤكد أن لا فرق بين الجنسين في الاكتئاب .ومن بين هذه الدراسات، الدراسة التي قام بها حسين فايد –ب– (2001) حول"الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها " حيث توصل إلى عدم وجود

فروق جوهرية بين الذكور والإناث في الاكتئاب، وقد يشير ذلك حسب رأيه إلى وجود بعض الأعراض الاكتئابية لدى كل من الجنسـين، حتـى وإن اختلفـت مصادرها لدى كل منهما – فالمصادر التي قد تثير الاكتئاب لدى الذكور ليست بالضرورة منبعا لإثارة الاكتئاب لدى الإناث – إلا أنه لا توجد فروق جوهريـة بينهما في الدرجة الكلية للاكتئاب. وربما يرجـع ذلـك إلـى طبيعـة الواقـع الاجتماعي الذي يعيشه الجنسان، فعند تحليل هذا الواقع الراهن نجده واقعا يدعو إلى المزيد من العزلة والاغتراب واليأس والتشاؤم ، لأنه واقع مليء بالتناقضات والأضداد، انقلبت فيه الموازين الأخلاقية وتصدعت فيه القيم، كما أنه واقع غير مستقر، وقد يرجع السبب في ذلك إلى عوامل أخرى متعددة، ولكن معايشة هذا الواقع تجعل الفرد سواء كان ذكرا أو أنثى أكثر عرضة للاكتئاب .كما يمكـن تفسير عدم وجود اختلاف بين الجنسين في متغير الاكتئاب إلى تلك الفجوة مـا بين الواقع والأمل الذي يتعرض له الجنسين على حد سواء في الوقت الـراهن. ونفس الأمر يشير إليه أحمد عبد الخالق (1991) حين يعتمد على دراسة ستولز وجلاسي (Galassi ,Stoleze (1989 التي أسفرت عن انتشار الاكتئـاب لـدى طلاب الجامعة من الجنسين، حيث يعاني 17-23% منهم مـن الاكتئـاب وأن 45 % من الذين يبحثون عن الإرشاد يعانون من الاكتئاب.

كما سجلت دراسة كل مـن ريومجـارت Raumgart وأوليفـر Oliver (1981) بجامعة سان لوين وذلك على عينة قوامها 275 مفحوصا مـن طـلاب الجامعة بواقع 105 ذكور و170 أنثى، حيث أسفرت النتائج عن عـدم وجـود فروق بين الجنسين في الاكتئاب (مدحت أبو زيد، عباس عوض، 2001) .

وبالتالي يمكن القول أن نتائج الدراسة الحالية انتهت إلى أنه لا فرق بـين الذكور والإناث في متغير الاكتئاب .

10- نتائج الفروق في درجة الشعور باليأس لدى محــاولي الانتحــار وفقــا لمتغير الجنس .

تهتم الفرضية الحالية بمحاولة الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في درجة الشعور باليأس لدى فئة المحاولين الانتحار، وهذا انطلاقا من أن الإنـــاث أكثر معاناة من اليأس مقارنة بالذكور.

وبعد القيام بالتحليلات الإحصائية تبين لنا أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا بين الذكور والإناث في متغير اليأس.

يؤكد رمضان القذافي (1998) أن من بين أسباب الانتحار الهروب مــن المشاعر المؤلمة غير المحتملة والضغوط الشديدة والشعور بعدم الاحتــرام وفقدان القيمة وتزعزع مفهوم الذات لدى الفرد مما يفقده الهدف من الحيــاة ويشعره باليأس .ويؤكد عبد الحكيم العفيفي (1990) أنه ما من حالة انتحار واحدة إلا ووقف خلفها أسرة لم تفهم كيف تنمي في نفوس أعضائها القــدرة على الصمود والقوة والعزيمة واليأس. من جهتهم يؤكد كل من ديانا هيلز، روبرت هيلز (ترجمة عبد العلي الجسماني ،1990) أن من بين خصــائص الذين يحاولون الانتحار أو المنتحرين اليأس وفقدان الأمل في الحيــاة. كمــا يؤكدان على ظهور القنوط والتخوف بلا مبرر.

في نفس السياق يؤكد زياد عدوان (1990) أن من أهم العناصر المؤشرة والدالة على وجود حالة ما قبل انتحارية ضعف في القدرة على تفهــم الواقــع وشعور كبير باليأس والعجز وعقد النية على الموت.

أكدت ملاحظات تاباشنيك (نقلا عن الجيوشي، دون سنة) أن الاعتقاد بأن الشروع في الانتحار، انتحار غير تام أو انتحار فاشل هو اعتقاد فاسد يقوم على النظر إلى السلوك الانتحاري بوصفه متصلا يبدأ بالتهديد والشروع بالانتحــار، ولكن الدراسات تؤكد أن قلة قليلة من شرعوا في الانتحار ماتوا منتحــرين وأن

قلة نادرة ممن انتحروا سبق أن شرعوا فيه، وثمة تغاير بين المجموعتين من حيث حجم كل منهما في المجتمع وتوزيعاتها في مراحل العمر المختلفة وبين الجنسين ووسائل التنفيذ.

يعتبر عبد الكريم أبو الخير (2004) أن الانتحار عبارة عن قرار شخصي يحاول المنتحر من خلاله التعبير عن صرخة ألم داخلي وحالة يأس. كما يرى أن عدم التوازن النفسي بسبب فقدان الأمل في الحياة تسيطر بالتالي على الفرد أفكار مفادها أن الحياة لا قيمة لها ولا فائدة من استمرارها وأنه من المستحسن الإقدام على الموت إلى غير ذلك من الأفكار المشحونة بروح اليأس والشعور بالذنب .وانتهت دراسات محمد الحجار (1989) إلى أن اليأس وفقدان العون يجعل الفرد سلبيا عاجزا مقتنعا بعدم وجود جدوى بالإضافة إلى فقدان القدرة لإزالة أي ألم نفسي، وأن لا شيء يفيد، الأمر الذي يجعل الفرد في الأخير يقدم على الانتحار.

نشير في هذا الباب إلى أن دراسة أحمد فاضلي وآيت حمودة حكيمة (2007) حول "أثر البطالة على الصحة النفسية للشباب – دراسة الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين العاطلين عن العمل " انتهت إلى وجود فروق بين الذكور والإناث العاطلين عن العمل في درجة الشعور باليأس، حيث أظهرت الإناث درجات أشد في مشاعر اليأس مقارنة بالذكور . ورغم نتائج هذه الدراسة إلا أنه يبدو أن معظم الدراسات التي اهتمت بمتغير اليأس لم تسجل فروقا بين الجنسين، وهذا ما يتماشى مع نتائج الدراسة الحالية، وهذا ما توصلت إليه نتائج الأبحاث التي قام بها حسين فايد –ب– (2001) في دراسته حول " الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها " حيث أقر بعدم وجود فروق جوهرية

بين الذكور والإناث في متغير اليأس، كما بينت دراسة ريتش وأخرون (1992) عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في الشعور باليأس.

وبالتالي نلاحظ أن نتائج دراستنا تماشت مع ما انتهت إليه معظم الدراسات التي لم تسجل فروقا واضحة بين الذكور والإناث في متغير اليأس.

11- نتائج الفروق في الشعور بالاكتئاب وفقا لمتغير عدد المحاولات :

نبحث في هذه الفرضية عن الفروق الموجودة في الشعور بالاكتئاب وفقا لعدد المحاولات، على أساس أن الذين يقومون بمحاولات انتحارية متكررة يسجلون درجات عالية في الاكتئاب.

وقد تحققت فرضية بحثنا عند مستوى الدلالة 0.01 وهذا يوضح أنه كلما كانت المحاولات أكثر، كانت درجة الاكتئاب أعلى، وهذا ما يمكن أن ننظر إليه من خلال المتوسطات.

تبدو شدة المشاعر الاكتئابية من خلال البحوث أنها سبب واضح لوجود المحاولة الانتحارية، حيث يرى عبد الحكيم العفيفي (1990) أن معظم المنتحرين يكونون ضحايا لمرض الاكتئاب.كما يؤكد الكثير من الأطباء العقليين أن الانتحار عبارة عن نتيجة واضحة تعود في الأصل لحالة باثولوجية، وعلى وجه الخصوص تتحدد في الاكتئاب، والشعور بتأنيب الضمير ورفض الذات كذات اجتماعية (Otmani Benlatreche, 2005).

من جهته يؤكد العايش عبد العزيز (2004) أن العلاج المقدم للمحاولين الانتحار لابد أن يركز أساسا على تقليل الألم النفسي واخضاغهم للعلاج النفسي سواء الفردي أو الجماعي وخاصة العلاج النفسي للاكتئاب حيث يعتبر هذا الأخير من أهم العوامل المسببة للانتحار. نفس الرأي يذهب إليه كل من ديانا هيلز، روبرت هيلز (ترجمة عبد العلي الجسماني، 1990) أنه من بين

الخصائص التي سجلت عند الذين يحاولون الانتحار وجود الاضطراب النفسي خاصة الاكتئاب.

يؤكد يوسف جمعة –ب– (2000) أن نسب الاكتئاب المقدمة من مختلف المصالح رغم تفاوتها إلا أنها تمثل مشكلة حقيقية نظرا لما يمثله الاكتئاب عموما من خطورة، وهذا لارتباطه المرتفع بالانتحار، حيث تشير بعض المصادر إلى أن 50–70% من حالات الانتحار يكون بسبب الاكتئاب .في نفس السياق يؤكد من جهته مورون (1977) ,Moron (نقلا عن صالح معالم Salah Malim 2005) أن الانتحار في كثير من الأحيان يعتبر عرضا ومؤشرا لاضطرابات سيكاترية، وأن الاكتئاب هو المساعد على تكوين أفكار الموت، وهذا لارتباطه بالكف عن كل السياقات التي تتجه نحو الخارج .

يقر محمد النابلسي (1998) أن المراجعة الخاصة بالملفات الطبية المتعلقة بالحالات الانتحارية نجد معظمها يحتوي على سوابق طبنفسية، فإذا انعدمت هذه السوابق وجدنا أن المحاولة كانت مسبوقة ببعض مظاهر الاضطراب النفسي كفقد الشهية، اضطرابات النوم، مظاهر حزن، اكتئاب... نفس الرأي يذهب إليه فخري الدباغ (1986) الذي يرى أن وجود حالات انتحارية في أسرة واحدة على مدى سنوات وعقود يشير إلى احتمال وراثة الاستعداد لتقبل الموت أو الاكتئاب ثم الانتحار .

في إحدى الدراسات التي تمت بالجزائر وتحديدا بمدينة قسنطينة قام بها عبد الوافي بوسنة (2004) تبين له أن العلاقة واضحة بين الاضطرابات الاكتئابية والسلوكات الانتحارية، وهذه العلاقة تعتبر من المعطيات الأساسية في الطب العقلي، لهذا تعتبر الأفكار الانتحارية والسلوكات الانتحارية من المعايير التشخيصية للحالات الاكتئابية في الجداول التصنيفية مثل .CIM10,DSM4 .

من خلال المعالجة التي قمنا بها تبين لنا أن شدة الاكتئاب تتعلق بتكـــرار المحاولة الانتحارية، وهذا ما أقره كل من عبد الحكيم العفيفـــي (1990)، عبـــد العلي الجسماني (1990)، حسين فايد –ب– (2001)، حيث خلصت دراســـاتهم إلى أن المشاعر الاكتئابية ترتبط بشكل جوهري وقوي بالمحاولة الانتحاريـــة، وتصور الانتحار، وقد نوهوا في خلاصات أبحاثهم إلى ضرورة الاهتمام بدرجة الاكتئاب وشدتها عقب المحاولة الانتحارية الأولى، حيث أن استمرار المعانـــاة من المشاعر الاكتئابية من شأنه أن يفسح المجال لمحاولات انتحاريـــة أخـــرى متكررة، وهذا نظرا لاستمرار مصادر الضغط وفشل مهارات التوافق التي تؤثر سلبا على الصحة النفسية.

وبالتالي يمكن القول أن شدة الاكتئاب يمكن اعتبارها كأكبر منبئ لوجـــود تكرار أو ميل لتكرار المحاولة الانتحارية.

12– نتائج الفروق في درجة الشعور باليأس لدى محـــاولي الانتحـــار وفقـــا لمتغير عدد المحاولات.

في هذا الفرض نحاول إظهار الفروق الموجودة في درجة الشعور باليأس بين محاولي الانتحار وهذا وفقا لعدد المحاولات التي قاموا بها، منطلقين من أن الذين كرروا محاولاتهم الانتحارية هم أشد يأسا من غيرهم.

ولدراسة هذه الفروق قمنا بالمعالجة الإحصائية التي بينت لنا وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعات الثلاث في درجات اليأس وفقا لعدد المحـــاولات التي قاموا بها وهذا عند مستوى الدلالة 0.01، وبعد إضافة معالجـــة إحصـــائية أخرى كما ورد سابقا في فصل عر ض النتائج، تمكنا من التعرف على الفروق وبشكل دقيق بين الفئات.

حيث تبين لنا أن هناك فروق بين الفئات التي قامت بمحاولات متعـــددة، ولكن هذه الفروق ليست مسجلة لدى كل الفئات، حيث لا يوجد فـــرق دال بـــين

الذين قاموا بمحاولة واحدة والذين قاموا بمحاولتين، كما لا توجد فروق دالة بين الذين قاموا بمحاولتين انتحاريتين وأربع محاولات،كما لم تظهر فروق بين الذين قاموا بثلاث محاولات وأربع محاولات .

أما الفروق الدالة فقد ظهرت بين الذين قاموا بمحاولة انتحارية واحدة والذين قاموا بثلاث محاولات، كما ظهرت الفروق بين الذين حاولوا مرة واحدة والذين حاولوا أربع محاولات. كما يظهر لنا مستوى الفرق بين الذين حاولوا مرتين والذين حاولوا أربع محاولات .تجدر الإشارة إلى أن مستويات الفرق هذه دالة عند مستوى 0.05.

كما يمكن تفسير هذه الفروق من خلال المتوسطات الخاصة بكل فئة على حدا، حيث أن الذين قاموا بمحاولة واحدة بلغ متوسطهم في درجات اليأس 12.32، أما الذين قاموا بمحاولتين فقد سجلوا متوسطا يعادل 13.63، كما بلغ متوسط درجات اليأس للذين حاولوا الانتحار ثلاث مرات 15.63 في حين وصل متوسط درجات اليأس للذين حاولا الانتحار أربع مرات 17.50.

ومن خلال هذه المتوسطات التي يزودنا بها اختبار Tukey يمكننا القول أن الذين قاموا بعدة محاولات – أربع محاولات على وجه الخصوص – يسجلون درجات أعلى في اليأس.

وبالتالي يمكن قبول هذه الفرضية بترجيح درجة اليأس لدى الفئة التي حاولت الانتحار أكثر من مرة.

من ناحية الدراسات السابقة يظهر أن رشاد موسى (1998) يؤكد أن الفرد الذي يشعر بعدم ضبط النفس وضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص وعدم الكفاية والشعور بعدم القيمة أنه لا يستطيع أن يحدد مصيره أو يوجه مسار حياته كما يريد . كما يعتريه فتور الانفعال والانطواء والانسحاب والوحدة والعزلة والصمت والتشاؤم المفرط وخيبة الأمل، أي يصبح عرضة للاكتئاب.

ومن ثم نجد أن السمة المحورية لهذا الشخص هي الإحساس بالعجز النفسي لأن لا حيلة له في تحقيق ما يريده. وهذا ما يعرضه للمحاولة الانتحارية، الذي تأكد لنا من خلال نتائج الدراسة الحالية.

من حيث مدلول اليأس الذي يعبر عن حالة الفرد الجسمية والعقلية والاجتماعية التي ليست على ما يرام. وطبقا لإحصائيات الباحثين فإن 75% من المكتئبين يعتقدون أنهم لن يشفوا أبدا وتكون مشاعر اليأس لديهم قوية وقد يحاول البعض منهم الانتحار (بشير معمرية، 2009) وكلما كانت مشاعر اليأس شديدة، كلما ظهرت محاولات انتحارية متكررة .

توصل بيك وآخرون (1967) إلى أن حوالي 67% من حالات الاكتئاب يعانون من اليأس، وظهر أيضا أن شدة الاكتئاب مرتبطة بيأس أشد، وكلما ترافقا معا في الشدة والمدة، كلما تعرض الفرد لخطر السلوكات الانتحارية، كما أن عدم الاهتمام بهذه المشاعر السلبية خاصة بعد أول محاولة انتحارية بإمكانه أن يؤسس فيما بعد لمحاولات أخرى.

من جهتها تؤكد زاناتا Zanatta على أن بعض الوضعيات يمكن أن توضح السلوكات الانتحارية، أو تكرارها، خاصة وجود حالة اكتئاب ويأس أو مرض خطير أو كل وضعية لا يمكن تجاوزها أو مواجهتها كالحداد أو الإصابة بمرض عقلي (Wilmotte et al 1986,). في نفس السياق يؤكد عبد الحكيم العفيفي (1990) أن اليأس يكبر ويتعاظم ويحطم أعمدة الشخصية الواحد تلو الآخر حتى يحطم العمود الأخير وهو الإيمان فيتجه الإنسان للانتحار. ومن جهته يؤكد كل من ديانا هيلز، روبرت هيلز (ترجمة عبد العلي الجسماني ،1990) أن 10% ممن كانوا قد حاولوا في الماضي من حياتهم قتل أنفسهم، أقدموا في خاتمة المطاف على تنفيذ مأربهم وهذا عندما أتيحت لهم الفرصة لتكرار المحاولة الانتحارية.

إن محاولات الانتحار يجب أن تؤخذ بكامـل الحـذر والحـرص مـن المحيطين بالشخصية التي تهدد بالانتحار إذ أن 95% من المنتحرين يحـاولون عدة مرات قبل الإقدام بالفعل على التنفيذ، خاصة إذا تميـزت هـذه الحـالات بارتفاع مشاعر اليأس (عبد الحكيم العفيفي ،1990). يضـيف محمـد الحجـار (1987) أن اليأس والقنوط وفقدان الأمل والعون من الأعراض الهامة والأخيرة التي تنذر بوجود الأفكار الانتحارية. وهذه الأفكار هي التي يمكن أن تكون سببا واضحا في وجود المحاولة الانتحارية أو تكرارها، خاصـة إذا ترافقـت مـع أرضية هشة مكونة من الخصائص المعرفية والانفعالية التي افترضـناها فـي بحثنا الحالي.

من خلال ما عرضناه سابقا يمكن القول أن مشاعر اليـأس المرتفعـة إن سجلت لدى الأفراد الذي قاموا بمحاولة انتحارية، يمكن أن تكون السبب الجديـد لظهور محاولات أخرى لاحقة.

13- نتائج الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل لـدى محـاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس.

ترمي هذه الفرضية إلى محاولة الكشف عن الفروق في استخدام مختلـف استراتيجيات التعامل لدى فئة من محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس. وقد قمنا بالمعالجة الإحصائية التي تسمح لنا بهذا، وذلك بتطبيـق اختبـار ت لدراسـة الفروق.

أ- نتائج الفروق في استخدام استراتيجيات التعامل المركزة علـى المشـكل لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس.

تظهر المعالجة أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا بين الذكور والإناث في استعمال إستراتيجية مخططات حل المشكل، إلا أن الفرق يظهر بين الذكور والإناث في إستراتيجية التصدي وهذا عند مستوى 0.05 لصالح الإناث.

ومن حيث الدراسات فإنها تشير إلى أن الضغوط النفسية تمثل موضوعا رئيسيا في البحوث النفسية منذ أعمال هانز سيلي ومنذ ذلك الحين صار الباحثون أكثر اهتماما بكيفية تعامل الناس مع الضغوط، ولكن الاهتمام الفعلي بدراسة المواجهة بدأ منذ 1984 بعد أن قام لازاروس وفولكمان ببحوث مستفيضة عن المواجهة (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

يرى فولكمان ولازاروس (نقلا عن جمعة يوسف –أ– 2000) أن التوافق والتقدير يتأثران بالفروق الفردية في الإمكانيات السيكولوجية والمصادر الشخصية والالتزامات والقيم، أي أن خصال الفرد وقدراته وامتلاكه لمهارات التوافق تؤثر في الاستراتيجيات الممكنة للتعامل مع المواقف الضاغطة.

وعلى الرغم من تأكيدات الدراسات على الأثر الواضح لضغوط أحداث الحياة على الصحة الجسمية والنفسية ووجود كثير من الأفراد يظهرون علامات الانهيار نتيجة لتعرضهم لضغوط طفيفة فإن الملاحظات تشير إلى أن كثيرا من الأفراد أيضا لا يصبحون مرضى ولا يمرون بأزمات جسمية أو نفسية مع تعرضهم لأحداث الحياة الضاغطة، ومن هنا عمدت البحوث إلى تشخيص المصادر التي يستطيع الناس عن طريقها البقاء أصحاء رغم الظروف المضادة، وانتهت هذه البحوث إلى عدة متغيرات تبين أنها تهدئ من أثار الضغوط لدى الأفراد وانحصرت في خصائص الشخصية، والمساندة الاجتماعية، ووسائل المواجهة (حسن عبد المعطي،1992).

انتهت كوباسا (1982) Kobassa في دراستها حول استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى المحامين على اعتبار أنهم يتعرضون لكثير من ضغوط الحياة، وتوصلت من خلالها إلى أن المحامين الذين لجأوا إلى استعمال استراتيجيات التجنب ومحاولة التقليل من شأن أحداث الحياة الضاغطة، تبين أن لهم مجموعة من الأمراض التي تشير إلى معاناة نفسية وجسمية بشكل كبير وواضح مقارنة بالمحامين الذين ركزوا على مواجهة الأحداث الحياتية الضاغطة بإستراتيجية التصدي .وفي دراسة قام بها بتاك وآخرون (1992) Patcek et al لتحليل أساليب مواجهة الضغوط والفروق بين الجنسين وذلك على عينة قوامها 186 طالبا وطالبة بالجامعة، طلب منهم كتابة تقارير يومية عن أكثر الأحداث الضاغطة اليومية والمثيرة للمشقة النفسية، ولقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن الفروق الجنسية تتوافق مع التنبؤ بأن الذكور يواجهون الضغوط بطرق أكثر تركيزا على المشكلة بينما الإناث يواجهن الضغوط بطرق ذات تمركز انفعالي وبالإضافة إلى ذلك فقد أشار كل من الذكور والإناث أن المواجهة التي تركز على المشكلة تعتبر أكثر فعالية من البحث عن المساندة الاجتماعية (حسن عبد المعطي، هشام عبد الله 2002). وأظهرت هدفت دراسة إليزابيث وايت (2000) white في محاولة منها لمعرفة أساليب مواجهة الضغوط النفسية والفروق بين الجنسين وذلك في الأحداث الضاغطة المهنية والذاتية المثيرة للمشقة النفسية وذلك على عينة تكونت من 106 طالبا وطالبة بالجامعة، طبق عليهم استبيان المتغيرات الديموغرافية ومقياس للأحداث الضاغطة المهنية والذاتية، كما تضمن المقياس بعض التساؤولات المفتوحة المتعلقة بأساليب مواجهة تلك الأحداث الضاغطة، وقد أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الجنسين في أساليب مواجهة الضغوط المهنية والذاتية

وتلك النتيجة تتفق إلى حد كبير مع نتائج الدراسات الحديثة وتختلف مع نتائج الدراسات القديمة (حسن عبد المعطي، هشام عبد الله ،2002) .

توصلت دراستنا الحالية إلى وجود فرق بين الذكور والإناث في استخدامهم لإستراتجية التصدي في مواجهة الضغوط وهذا لصالح الإناث، وتشير إستراتيجية التصدي إلى أحد أساليب التعامل مع الضغوط، أين يلجأ إليه بعض الناس وفقا لنمط الشخصية ويهدف هذا الأسلوب إلى تخفيف العقبات التي تحول بينه وبين التكيف والاتزان أو تحقيق الأهداف الآنية، ويكون واضحا جدا في حالات الأزمات والكوارث (سعد الإمارة –أ– 2001)، وربما ظهر هذا الفرق في الدراسة الحالية – رغم عدم وفرة أي دراسة في حدود إطلاعنا – إلى أن الإناث يحاولن مواجهة المواقف ومصادر الضغط دون التركيز على مخططات حل المشكل، بل إنهن يلجأن إلى التصدي وهي حسب فولكمان ولازاروس إستراتيجية تنطوي على نوع من العدوانية، هذه العدوانية قد تتجه نحو الخارج، والمحيط فتؤدي إلى تأزم الوضع بدل حله، كما قد تتجه نحو الداخل، نحو الفرد نفسه، فتظهر مختلف أشكال أساليب التخريب والتدمير الذاتي، ولعل بروز هذه الإستراتيجية لدى الإناث دون الذكور توضح لنا لماذا تظهر المحاولات الانتحارية أكثر عند الإناث بينما يشيع الانتحار أكثر عند الذكور .

ب– نتائج الفروق في استخدام استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير الجنس.

يبدو أن الفروق بين الذكور والإناث في استخدام استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال لم تكن دالة في كل الاستراتيجيات، ما عدا في إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي التي كانت دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، ويبدو أن الإناث يستعملن هذه الإستراتيجية أكثر من الذكور.

وتشير الدراسات السابقة إلى ميل الإناث لاستعمال مثل هذا النوع أكثــر من الذكور ،حيث تؤكد كل من بوتيري وفيتال (2006) Bouteyre ,Vitale فــي دراستهما جول استراتيجيات التعامل مع الألم ل 134 حالة من الذين تعرضــوا لتحرشات خلال العمل والتي تمت من خلال مقــابلات علــى النــت (الشــبكة العنكبوتية) من خلال المنتديات على أن الدراسات تبين أن النساء أكثر استعمالا للاستراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال مقارنة بالرجال.

كما خلصت دراسات قرازياني وسواندسن (2004) Graziani Pierluigi Joel Swendensen, إلى أن الاناث يوصفن بأنهن يستعملن أكثر الاستراتيجيات المركزة على الانفعال في مواجهة الضغوط كمــا يتميــزن بقلــة اســتعمالهن للاستراتيجيات المركزة على المشكل.

كما خلصت دراسة رجاء مريم (2007) إلى وجود فروق دالة إحصــائيا بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في استراتيجيات التعامــل مع الضغط النفسي، وهذا بميل الإناث إلــى الاســتراتيجيات المركــزة علــى الانفعال، وقد فسرت هذه النتيجة في ضوء القيم السائدة في المجتمع والتي تميل إلى تشجيع الذكور لاستبدال الخسائر المتضمنة في تحولات الحيــاة وأزماتهــا، وذلك من خلال تغيير الأنشطة وتأمين مصــادر جديــدة للإشــباع، فالــذكور يمارسون النشاطات أكثر من الإناث وذلك لأنهم أقل قيدا منهن .وتعلــق علــى نتائج بحثها في تفسير ميل الإناث إلى اســتخدام اســتراتيجيات مركــزة علــى الانفعال أكثر من الذكور من خلال اتفاقها مع طبيعة الإناث بوصــفهن يملــن أكثر إلى التعبير عن المشاعر بالبكاء والصراخ، وقد يعود ذلك في جزء كبيــر منه إلى تقبل المجتمع لتعبير الإناث عن مشاعرهن أكثر من تقبــل ذلــك مــن الذكور الذين يشجعون على كبت مشاعرهم وعدم إظهارها للاعتقاد السائد فــي المجتمع بأن ذلك يتنافى مع متطلبات الرجولة. كما تؤكد أيضا – رجاء مــريم

(2007) – أن الفروق التي خلصت إليها دراستها والتي كانت لصالح الإنـــاث في استعمالهن الاستراتيجيات المركزة على الانفعال، تتماشى مع دراسة دجـــرو ونور كروس (1990) وأوتتر (1994) اللتين أوضحتا أن الإناث يملـــن إلـــى استخدام إستراتيجية التنفيس الانفعالي والاســـتراتيجيات الانفعاليـــة أكثـــر مـــن الذكور.

أما من حيث ميل الإناث لاستخدام إستراتيجية البحث عن سند اجتماعي، فتكاد تجمع الأبحاث على هذا الأمر حيث يتحدث الكثير من الباحثين عن مفهوم السند الاجتماعي باعتباره مفهوما يحتاج للكثير من التحليل، وقد أشار كومـــان وآخرون (1990) Koomen et al إلى ضرورة التمييز بين السند الاجتمـــاعي المرتبط بالاحتياج النسبي للأفراد، واستنتجوا أن السند الاجتماعي يعتبر فعـــالا عند الأفراد الذين يستشعرون أدنى درجة من السند الاجتماعي، بينما يبقى هـــذا السند الاجتماعي متوفرا بكثرة لدى الأفراد المتميـــزين بكثـــرة طلـــب الســـند الاجتماعي ويدركون أنه غير كاف، ويعود هذا إلـــى الخصـــائص الشخصـــية للأفراد، وبالتالي يمكن القول أن الجهود المبذولة في تقديم السند الاجتمـــاعي لا تؤدي دوما إلى النتائج المنتظرة أو المتوقعة. (Brouette Béatrice, 1996). كما يؤكد جريجوري وبروغـــوس (1989) Gregory ,Burroughs بـــأن المســـاندة الاجتماعية تمد الفرد بشعور مرتفع بالتحكم والضبط الذي يشير إلى الدرجة التي يستطيع بها الفرد للتنبؤ وكيفية مواجهتها وبالتالي تقلل من الضـــرر المحتمـــل للضغوط (بشرى إسماعيل، 2004).

من حيث ميل الإناث لاستخدام إستراتيجية البحث عن السند الاجتمـــاعي تؤكد نتائج الدراسات التي قامت بها هناء شويخ (2007) أن الإناث أكثر ميلا لاستخدام المواجهة المركزة على الانفعالات مقارنة بالذكور.

ويفسر لنا حسن عبد المعطي (1994) سر الاختلاف القائم بـين الـذكور والإناث في ميلهم لاستخدام باستراتيجة البحث عن السند الاجتماعي برجوعـه لنمط تنشئة الأنثى، حيث يرى أن الإناث يتربين في سياق ارتبـاط وجـداني عميق مع الأم وهذا يؤدي إلى زيادة الحاجة إلى الـدعم الاجتمـاعي وزيـادة الحساسية لفقدان الدعم عند مواجهة الضغوط. فبينما تستسلم النساء ويقعن فريسة الاكتئاب نتيجة الأحداث الضاغطة يمارس الرجال أنشطة تنسيهم الضغوط التي مروا بها.

يؤكـد قـرين قـلاس و اسـتبرغ وآخـرون (Eastburg et al, (1994 Greenglass1993 (نقلا عن حسن عبد المعطي، 2006) من خلال دراستهما أن النساء بوجه عام أكثر قدرة على الاستفادة من المسـاندة الاجتماعيـة مقارنـة بالرجال، فالنساء يستخدمن المساندة الاجتماعية لوضع حل لمشـاكل الضـغوط خاصة في مجال العمل. وإن كان الرجال والنساء على حد سواء يستفيدون من المساندة المقدمة من أعضاء الأسرة والأصدقاء. ووجدت بعض الدراسات بـأن الناس يحصلون على أنواع مختلفة من المساعدة من مختلف مقدمي المساندة.

ومن ثم نرى أن نتيجة بحثنا الحالي انتهت إلى ميـل الإنـاث لاسـتخدام إستراتيجية مركزة على الانفعال من نوع البحث عن السند اجتمـاعي مقارنـة بالذكور، وهذا الأمر يتأكد من خلال ما انتهت إليه دراسات حسين فايـد -ج- (2001) الذي يرى أن السند الاجتماعي يستعمل من قبل الإنـاث أكثـر مـن الذكور وهذا ما يجعل أمر تحمل الضغوط عند الإناث أكثر منه عنـد الـذكور، ومن هذا المنطلق يمكن تفسير الإقدام على المحاولة الانتحاريـة. وهـذا مـا أسفرت عنه أيضا دراسات بشرى إسماعيل (2004) التي تـرى بوجـود ميـل واضح في استخدام إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي لدى الإناث، وهـذا

ما يمكن أن تفسر من خلاله القدرة على إدارة الضغط النفسي خاصة حين يتعلق بأمور الحياة الاجتماعية.

14- نتائج الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل لـدى محـاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات.

حاول الباحث في هذا الفرض التعرف علـى الفـرق الموجـودة بـين استراتيجيات التعامل المستخدمة لدى فئة من محاولي الانتحار وهذا وفقا لعـدد المحاولات التي قاموا بها.

وقد أظهرت المعالجة الإحصائية ما يلي :

أ- نتائج الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركـزة علـى المشكل لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات

يبدو أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في ميل الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة أو أكثر من مرة في ميلهم لاستخدام الاستراتيجيات المركزة على المشكل سواء تلك المتعلقة بالتصدي أم بمخططات حل المشكل.

يؤكد مورون (1994) Moron علـى ضـرورة الاهتمـام بالمحـاولين الانتحار، وضرورة توفير الوقاية المناسبة حتى لا تتكرر هذه المحاولات، غير أنه يولي أهمية أكبر للجانب السيكاتري الإستعجالي دون الاهتمـام بالجوانـب النفسية والرعاية السيكولوجية.بينما يشـير كريتمـان Kreitman (نقـلا عـن Wilmotte et al ,1986) أن المحاولين الانتحار عادة ما يظهـرون محـاولات سابقة، وقد قام بدراسة تأكد فيها بالاعتماد على دراسة روبنز Robins أن نسبة 18% من الحالات يكررون المحاولة الانتحارية، ثم قام بدراسة مع أوفنسـتون Ovenstone, Kreitman ووجد أن النسبة مرتفعة تقارب 47%.

وبذلك يمكن القول أنه لا يوجد فرق في استخدام الاستراتيجيات المركـــزة على المشكل بين الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة أو أكثر من مرة. ومن هنـــا وحسب ما انتهت إليه دراستنا في مختلف الفرضيات التـــي اهتمـــت بدراســـة استراتيجيات التعامل مع الضغوط يتأكد لنا ما انطلقنا منه من خلال الدراســـات السابقة أن المحاولة الانتحارية يمكن تفسيرها من خـــلال تـــوفر جملـــة مـــن الخصائص المعرفية والانفعالية التي حددناها في متغير الاكتئاب واليأس وإدراك الضغط. وهذا لا يعني أبدا أن تدريب هذه الفئة على مخططات حـــل المشـــكل أثناء الرعاية النفسية لن يؤتي نتيجته، بل من خلال المقابلات التي قمنا بها فـــي بداية دراستنا مع بعض المحاولين الانتحار والذي خضعوا للعلاج النفسي، تبين لنا أنهم أصبحوا أكثر توازنا وأكثر قدرة على مواجهـــة المشـــكلات الحياتيـــة، بفضل تلك الجلسات التي اهتمت بتطبيق مبادئ توسيع مجال الإدراك الذي تؤكد عليه نظرية ديبونو في أنظمة التفكير وهي إحدى النظريات التي تعنى بتطبيـــق بعض مبادئ حل المشكلات.

ب- نتائج الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركـــزة علـــى الانفعال لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات

تبدي المعالجة الإحصائية أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في ميل الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة والذين حـــاولوا أكثـــر مـــن مـــرة فـــي اســـتخدام استراتيجيات تعامل مركزة على الانفعال، ما عدا إستراتيجيتي تحمل المسؤولية التي كانت دالة عند مستوى 0.05 وهذا لصالح الـــذين حـــاولوا مـــرة واحـــدة، وإستراتيجية اتخاذ مسافة التي كانت دالة عند 0.01 وهذا لصالح الذين حـــاولوا الانتحار أكثر من مرة.

ويمكن مناقشة هذه النتائج في ضوء ما أشارت إليه الدراسات حيث، من بين المشكلات التي تطرحها المحاولات الانتحارية هي تكرار المحاولة التي تشكل خطرا كبيرا ومهددا، حيث تشير الدراسات الميدانية إلى أن أكثر من ثلث 3/1 حالات محاولات الانتحار هي حالة معاودة، كما توضح الملاحظات الميدانية أن احتمالية معاودة السلوك الانتحاري وتكراره يكون مرتفعا خلال 12 شهرا الموالي للمحاولة السابقة. (Xavier Pommereau, 2005)

يرى فخري الدباغ (1986) أنه من المغالطة اعتبار أن الذين يحاولون الانتحار للمرة الأولى إن تحسنت أفكارهم أنهم لن يعاودو الانتحار، والحقيقة أن من يفشل في انتحاره للمرة الأولى فإنه من المحتمل أن يعاود الانتحار وبالأخص في الأشهر الثلاثة الأولى.

أكدت دراسة دوبان (1998) Dupain أن استراتيجيات التعامل تسمح بالتكيف بشكل فعال تجاه الضواغط المحيطية وتساهم في ظهور السلوكات التوافقية لدى الأفراد .

وبالنسبة لنتائج الدراسة الحالية يمكن القول أن إستراتيجية تحمل المسؤولية التي بدت مستعملة أكثر عند الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة مقارنة بالذين حاولوا أكثر من مرة تشير إلى وعي الفرد بالمسؤولية الشخصية في المشكل، فهي تتضمن حسب فولكمان ولازاروس (1988) اعتراف الفرد بدوره في المشكلة، وما يصاحب ذلك من محاولات من قبله لتصحيح الأمور. كما تندرج هذه الإستراتيجية ضمن الاستراتيجيات التي تركز على الانفعال والتي تهدف للتعامل مع الانفعال الذي يصاحب الحدث الضاغط (آيت حمودة حكيمة، 2006) وربما هذا ما يجعل هذه الفئة تفكر مليا قبل الإقدام على محاولة أخرى، باعتبار أنهم ينظرون لمصادر الضغط وللمشكلات الحياتية من منظور جديد، بعد المحاولة الأولى، حيث يجدون أحيانا أنهم طرف في المشكل، فتنمو لديهم

مشاعر المسؤولية كما تشير إليه بشرى إسماعيل (2004) ومن ثم يقلعون عـــن المحاولات الجديدة.

أما فيما يتعلق باستخدام إستراتيجية اتخاذ المسافة التي ظهرت مســـتعملة أكثر عند فئة الذين حاولا الانتحار أكثر من مرة، مقارنة بالذين حـــاولوا مـــرة واحدة، فيمكن إرجاعها إلى أن الذين يحاولون الانتحار بدل أن يعملـــوا علـــى تطوير استراتيجياتهم ليتعاملوا بشكل أحسن مع ضغوطهم فإنهم يستمرون فـــي استخدام الإستراتيجية غير الفعالة – إن استمرت – وهذا ما يؤثر ســـلبا علـــى صحتهم النفسية.

وكما أشرنا في مناقشة فرضيات سابقة فإن المحاولة الانتحارية كثيرا ما ارتبطت بإستراتيجية اتخاذ مسافة وهذا ما انتهت إليه دراســـات فريـــد كاشـــا Kacha (2001) الذي يرى أن إستراتيجيتي التجنب واتخاذ مسافة كثيرا ما تكون سببا رئيسيا في وجود محاولة انتحارية. وهذا يعني أن الفرد الذي يقوم بمحاولة انتحارية يتميز بهذه الخاصية، وبالتالي فإن النجاة مـــن المـــوت المحقـــق فـــي المحاولة الأولى لا يشير أبدا إلى عدم إمكانية المـــرور إلـــى نفـــس الســـلوك التدميري لاحقا، وهذا ما يؤكده عبد الحكيم العفيفي (1990)، ومن ثـــم يمكـــن القول أن اللجوء المستمر لاستخدام هذا النوع من الاستراتيجيات يمكن أن يفسر لنا معاودة وتكرار السلوك الانتحاري .

- **الاستنتاج العام :**

من خلال الدراسة التي قمنا بها والتي تهدف لمحاولة التعرف على دور أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى فئة من محاولي الانتحار وعلاقته بكل من الاكتئاب واليأس، مع محاولة التعرف على الفروق الموجـودة بـين هـذه المتغيرات وفقا لعامل الجنس وعامل تكرار المحاولة الانتحارية ، تبـين بعـد المعالجة الإحصائية اللازمة ما يلي :

1 - عدم وجود ارتباط بين إدراك الضـغط النفسـي واسـتخدام مختلـف استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل لدى فئـة مـن محـاولي الانتحار.

2 - من حيث علاقة درجة إدراك الضـغط النفسـي واسـتخدام مختلـف استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال لدى فئـة مـن محـاولي الانتحار،لم تكن هناك دلالة إحصائية سوى فيما يتعلـق بإسـتراتيجية اتخاذ مسافة.

3 - هناك ارتباط موجب ودال بين درجة إدراك الضغط النفسي والشـعور بالاكتئاب لدى فئة من محاولي الانتحار.

4 - وجود ارتباط موجب ودال بين درجة إدراك الضغط النفسي والشعور باليأس لدى فئة من محاولي الانتحار.

5 - وجود ارتباط موجب ودال بين درجة الاكتئاب والشعور باليأس لـدى فئة من محاولي الانتحار.

6 - عدم وجود ارتباط بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركـزة على المشكل ودرجة الشعور بالاكتئاب لدى فئة من محاولي الانتحار.

7 - عدم وجود ارتباط بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركـــزة على الانفعال ودرجة الشعور بالاكتئاب ماعدا قي إســـتراتيجية اتخـــاذ مسافة.

8 - عدم وجود ارتباط بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركـــزة على المشكل والشعور باليأس لدى فئة من محاولي الانتحار.

9 - عدم وجود ارتباط بين استخدام مختلف استراتيجيات التعامل المركـــزة على الانفعال والشعور باليأس لدى فئة من محاولي الانتحار إلا فيمـــا يتعلق بإستراتيجية اتخاذ مسافة وضبط الذات.

10 -من حيث الفروق بين الجنسين لدى فئة الذين حاولوا الانتحار، تبين أنه لا فرق بينهما في شدة إدراك الضغط النفسي.

11 -هناك فروق ذات دلالة إحصائية في شدة إدراك الضغط النفسي وفقـــا لعامل تكرا ر المحاولة الانتحارية، وهذا لصالح الذين حاولوا أكثر من مرة، بحيث تكرار المحاولة يشير لمستوى عالي من إدراك الضـــغط النفسي.

12 -لا توجد فروق بين الجنسين من الذين حاولوا الانتحـــار فـــي متغيـــر الشعور بالاكتئاب.

13 -لا يوجد فرق بين الذكور والإناث من فئة المحاولين الانتحـــار فيمـــا يتعلق بدرجة اليأس.

14 -هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة وبين الذين حاولوا الانتحار أكثر من مرة، إذ كلما زاد عدد المحاولات الانتحارية، كلما كان مؤشرا لوجود اكتئاب شديد.

15 -هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة وبين الذين حاولوا الانتحار أكثر من مرة، وهذا فيما يتعلـــق بمتغيـــر

اليأس، حيث أن مؤشر اليأس العالي سجل لدى المجموعة التي حاولت مرات أكثر.

16 -لم يتم تسجيل فروق بين الجنسين لدى فئة المحاولين الانتحار، وهـذا على مستوى متغير استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل ،من نوع مخططات حل المشكل، بينما كان هناك فرق على مستوى استخدام إستراتيجية التصدي وهذا لصالح الإناث.

17 -لم تظهر فروق بين الجنسين لدى فئة من محاولي الانتحار وهذا على مستوى متغير استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال ماعدا في إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي وهذا لصالح الإناث.

خاتمة :

هدف البحث الحالي إلى محاولة التعرف على دور أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى فئة من محاولي الانتحار وعلاقته بكل من الاكتئاب واليأس، مع محاولة التعرف على الفروق الموجودة بين هذه المتغيرات وفقا لعامل الجنس وعامل تكرار المحاولة الانتحارية .

ووفق هذا التصور حاول الباحث أن يعد نموذجا يمكن أنه تفسر في ضوئه المحاولة الانتحارية وهذا في الواقع الجزائري .حيث يسمح لنا هذا النموذج باستغلال نتائج الدراسة الحالية في مجال الرعاية النفسية الخاصة بمجال الطوارئ النفسية ، خاصة تلك التدخلات المقدمة لفئة المحاولين للانتحار ، بالإضافة إلى أنه يسمح بتقديم أسلوب تعامل فعال مع شريحة المكتئبين واليائسين من غير المحاولين للانتحار وهذا بغية تخفيف المشاعر السلبية التي عادة ما تؤدي للانتحار ، خاصة إن ترافقت مع خصائص معرفية وانفعالية معينة .كما يسمح هذا النموذج باقتراح دور إدراك الضغط النفسي في بروز المحاولة الانتحارية . وبالتالي فإن هذا الشكيل من شأنه أن يؤسس لبرنامج علاجي تكفلي فعال .

وحتى يُعد هذا البحث قام الباحث بتقديم تصور للانتحار في العالم ثم في الواقع العربي والجزائر على وجه التحديد ، وأشار إلى مدى شيوع هذا السلوك وانتشاره في الآونة الأخيرة ، أين استفحلت ظاهرة الانتحار والمحاولات الانتحارية وأضحت تمس مختلف الشرائح العمرية والطبقات والمستويات التعليمية ...ثم حاول الباحث أن يبرز بعض الأسباب التي يمكن أن تكون خلف هذا السلوك التدميري مستغلا جملة ما ورد في التراث السيكولوجي والطبي وحتى ما ارتأه علماء الاجتماع وهذا حتى يبرز اللحمة بين مختلف الأسباب .

بعد ذلك قام الباحث بعرض تساؤولا ت البحث مردفا إياهـا بفرضـيات مؤسسة على معاملات الارتباط ودراسة الفروق ، مستعملا في ذلـك بطاريـة مقاييس اشتملت على مقياس إدراك الضـغط ، مقيـاس الاكتئـاب ، مقيـاس استراتيجيات التعامل ، مقياس اليأس، وتم تطبيقها على عينة قوامها تعـدادا 75 حالة حاولت الانتحار مرة واحدة أو أكثر من مرة، توزعت بين الجنسين بواقع 40 ذكور و 35 إناث .

وبعد قيام الباحث بالمعالجة الإحصائية التي ارتكزت على معامل الارتباط الذي يهدف إلى قياس قوّة أو درجة الارتباط الخطيّ المفترض بين متغيّرين، حيـث تم في هذه الدراسة استخدام معامل سبيرمان تحديدا للتعرف على العلاقة القائمة بين متغيرات البحث ، وقد عمدنا إلى هذا النوع من معاملات الارتبـاط نظـرا لوجود تشتت على مستوى البيانات ، كما اعتمدت المعالجة الإحصـائية علـى دراسة الفروق الموجودة بين الجنسين في متغيرات البحث ، وكذا الفروق القائمة بين عدد مرات المحاولة . وقد استعملنا في الدراسة الحالية اختبار ت لدراسـة الفروق ، كما لجأنا في بعض الأحيان لاستعمال اختبـار لا معلمـي kruskal-wallis وهذا لعدم تجانس العينة .كما تم استعمال اختبار Anova أحادي العامل في بعض الأوقات ولكنه أُتبع بمعالجة إحصائية أخرى وهذا يعود ، لعدم التمكن من معرفة الفروق بين المجموعات الثلاث ، حيث أن أنوفا لا يخبرنا بنتائجـه لصالح أي فئة يعود هذا الفرق، ومن ثم لجأنا لاستعمال اختبار Tukey للبحث ولمعرفة المقارنات الدالة وغير الدالة .

من خلال العرض السابق لنتائج الدراسة الحالية يتبن لنـا أن الـبعض مـن فرضيات البحث قد تحقق بينما البعض منها لم يتحقق ، حيث ظهـر واضـحا وجود ارتباط واضح بين إدراك الضغط النفسي واليأس والاكتئاب ، حيـث أن

كل متغير يعد من أهم المتغيرات التي ترتبط بالمحاولة الانتحارية حسبما أشارت إليه الدراسات وأكدته نتائج البحث الحالي .

أما فيما يتعلق باستراتيجيات التعامل فقد كانت في معظم الحالات سواء عند دراسة الارتباطات أو الفروق غير دالة إلا في إستراتيجية اتخاذ مسافة والبحث عن سند اجتماعي ، وضبط الذات .وبالتالي يمكن القول أن المحاولة الانتحارية ترتبط أكثر بالمتغيرات الأخرى ، أكثر من ارتباطها بغيرها .وفي هذا الصدد يشير كل من شارولي فرنسوا وقج ماري جون (1999) Charoli Francois et Guedj Marie-Jeanne , أن هناك دراسات كثيرة حاولت البحث في العلاقة بين استراتيجيات التعامل والاضطرابات النفسية المختلفة ، غير أن هناك فقرا واضحا في الدراسات الخاصة بعلاقة استراتيجيات التعامل والسلوكات الانتحارية على اختلاف أشكالها .مع أن مفهوم استراتيجيات التعامل يمكن أن تكون متغيرا هاما في تطور الضغط إذا تم دراسته في مجال المحاولات الانتحارية كنموذج للاستجابة للضغط .ويشير الباحثان إلى أن البحث في هذا المجال يعتبر حديثا وقيد التطوير ، ولكنه في حقيقة الأمر ينبئ بإمكانية إدراج عناصر تساهم في فهم الروابط السيكوباتولوجية بين الضغط والمحاولة الانتحارية والاكتئاب .

وبالتالي فالفرد الذي يتميز بقدر عالي من الضغط النفسي وشدة المشاعر الاكتئابية واليأس يكون معرضا بشكل أو أخر للسلوك الانتحاري وهذا لما لهذه المتغيرات من دور في رفع احتمالية الانتحار .

انطلاقا من رأي دومان وآخرون (1995) De man et al تبين أنه بالرغم من المعلومات المتوفرة حاليا حول ظاهرة الانتحار إلا أنه من المستحيل التنبؤ بحدوثه حتى عند مجموعة من المرضى في حالة استشفائية على درجة

عاليـــــــــــــــــــــة مـــــــــــــــــن الخطـــــــــــــــــــــــر (Bourgeois ,2001)، ورغم ذلك يمكن أن نشير إلى أن نتائج الدراسة الحاليـــة يمكن أن تساهم ولو بشكل يسير في التعرف على هذه الفئة .كما يمكن استغلال نتائجها فيما يلي :

-إجراء بحوث تهتم بمصادر الضغوط المختلفة التي يمكن أن تؤدي إلـــى المحاولة الانتحارية .

-الاهتمام بمتغير اليأس كعامل منبئ للمحاولة الانتحارية .

-تفعيل الدراسات الوبائية والوقائية للحد من المحاولات الانتحارية وتكرار المحاولة الانتحارية.

-تدريب فئة المحاولين الانتحار على مواجهة المشكلات بتطـــوير نمـــاذج تعتمد أساس على حل المشكلات.

-تدريب فئة المحاولين الانتحار على توسيع مجالات الإدراك ، لتجنيـــبهم الوقوع في الاكتئاب .

-تفعيل الشبكات الاجتماعية لدى فئة المحاولين الانتحار أثناء الرعاية وعند بناء برامج الكفالة النفسية .

-البحث عن المتغيرات التي مـــن شـــأنها أن تبـــين وتظهـــر الاحتماليـــة الانتحارية .

قائمة المراجع

المراجع :

أولا: المراجع العربية:

1- أبو الخير، عبد الكريم قاسم (2004): " النمو من الحمل إلى المراهقة، منظور نفسي اجتماعي طبي تمريضي"، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر ، بيروت لبنان ،.

2- أبو النيل، محمود السيد (2000): " دراسات في مشكلات نفسية"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية .

3- أبو حميدان يوسف ، العزاوي محمد إلياس .(2001): " تطور الضغوط النفسية عبر الأبعاد الزمنية (الماضي ، الحاضر ، المستقبل) وعلاقتها بمتغيرات الجنس والحالة الاقتصادية والحالة الاجتماعية لدى عينة من المعلمين الملتحقين بالدراسة في جامعة مؤتة ".في: مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية.المجلد 17 العدد الثاني .

4- أبو زيد، مدحت عبد الحميد وعوض، عباس محمود (2001): " الاكتئاب، دراسة في السيكوباتومتري "، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

5 -أسعد يوسف ميخائيل .(دون سنة): "المشكلات النفسية" .القاهرة .دون دار نشر .

6- إسماعيل، بشرى (2004): " ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية "، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

7 -إمام محمود حنفي، الرمادي نور أحمد (2001) : " علم النفس الشواذ" .مكتبة الأنجلومصرية .القاهرة .الطبعة الأولى.

8- امطانيوس، مخائيل (2008): " القياس النفسي"، الجزء الثاني، منشورات كلية التربية، جامعة دمشق،.

9- الأنصاري بدر محمد .(2002) : "المرجع في مقاييس الشخصية – تقنين على المجتمع الكويتي " . دار الكتاب الحديث – الكويت.

10- الإمارة، سعد -أ- (2001): " أساليب التعامل مع الضغوط، حدود المنهج والأساليب"، مجلة النبأ، العدد .55

11- الإمارة سعد -ب- (2001): " الضغوط النفسية"، مجلة النبأ، العدد .54

12- الببلاوي، فيولا (1988): " مقياس الضغوط الوالدية"، مكتبة الأنجلومصرية، القاهرة .

13 -الجارودي يوسف محمد فخرية. (2001) : " سلوك الشخصية من نمط (أ) وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة الامارات العربية المتحدة ". رسالة ماجستير غير منشورة في الإرشاد النفسي. معهد الدراسات والبحوث التربوية. جامعة القاهرة .

14 -الجيوشي ناجي. (دون سنة)" الانتحار : دراسة نفسية – اجتماعية للسلوك الانتحاري. مؤسسة الشبيبة للإعلام والطباعة والنشر . دمشق .

15- الحجار، محمد (1987): " أبحاث في علم النفس السريري والإرشادي" ، الطبعة الأولى، دار العلم للملايين .

16- الحجار، محمد حمدي (1989): " الطب السلوكي المعاصر "، الطبعة الأولى، دار العلم للملايين، بيروت.

17- الحجار، محمد حمدي (1998): " المدخل إلى علم النفس المرضي "، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت.

18- الداهري، صالح حسن، العبيدي، ناظم هاشم (1999) : " الشخصية والصحة النفسية". دار الكندي، الأردن .

19- الدباغ، فخري (1986): "الموت اختيارا : دراسة نفسية اجتماعية موسعة لظاهرة قتل النفس "، الطبعة الثانية، دار الطليعة للطباعة والنشر ، بيروت.

20- الرشيدي، هارون توفيق (1999): " الضغوطات النفسية، طبيعتها، نظرياتها "، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

21- الزيودي، محمد حمزة (2007): " مصادر الضغوط النفسية والاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات"، مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية. المجلد، 23، العدد الثاني.ص ص 189-220 .

22 -السقا مصطفى فتحي صباح .(2005) : " فاعلية برنامج علاجي معرفي- سلوكي في خفض حدة أعراض الاكتئاب. دراسة اكلينيكية شبه تجريبية ". بحث مقدم للحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس .قسم الصحة النفسية –كلية التربية. جامعة دمشق.

23 -الشربيني لطفي. (دون سنة) : " الاكتئاب : الأسباب والمرض والعلاج ". دار النهضة العربية. القاهرة .

24- الشربيني، لطفي (2003): " الطب النفسي ومشكلات الحياة"، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة.

25- الشناوي، محمد محروس وعبد الرحمن محمد السيد (1998): " العلاج السلوكي الحديث، أسسه، وتطبيقاته "، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة.

26- الصيرفي، محمد (2007): " الضغط والقلق الإداري"، سلسلة إصدارات التدريب الإداري، مؤسسة حورس الدولية، الإسكندرية .

27- العارضة، معاذ (1998): " استراتيجيات تكيف المعلمين مع الضغوط النفسية التي تواجههم في المدارس الثانوية الحكومية في محافظة نابلس"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين .

28- العايش، عبد العزيز (2004): " نظريات الانتحار"، فعاليات الملتقى الوطني الأول حول " الانتحار في المجتمع الجزائري " 27/28-04-2004 ، منشورات مختبر العلوم الاجتماعية وقضايا المجتمع، جامعة منتوري، قسنطينة، ص ص 57-74.

29- العفيفي، عبد الحكيم (1990) : " الاكتئاب والانتحار، دراسة اجتماعية تحليلية"، الطبعة الأولى، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة.

30- العميان، محمود سلمان (2008): " السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال"، الطبعة الرابعة ، مقيم ومحكم علميا من عمادة البحث العلمي في الجامعة الأردنية دار وائل للنشر.

31- الفوال، صلاح مصطفى (1982): " معالم الفكر السوسيولوجي المعاصر"، دار الفكر العربي، القاهرة.

32- القذافي، رمضان محمد (1998): " الصحة النفسية والتوافق "، الطبعة الثالثة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، القاهرة.

33- النابلسي، محمد أحمد والعيسوي، عبد الرحمان (1998): " العلاج الطبي والنفسي للاضطرابات العقلية والنفسية والسلوكية"، الشركة العالمية للكتاب .

34- النيال، مايسة (1997) : " أساليب مواجهة ضغوط الحياة وعلاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة قطر"، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس .

35- آيت حمودة، حكيمة (1999): " العوامل النفسية الاجتماعية المساعدة على تطوير داء الربو : دراسة مقارنة بين ملتهبي المخاطية الأنفية ومرضى الربو الحساسي. رسالة ماجستير غـــير منشورة في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر .

36 - آيت حمودة ، حكيمة (2006): " دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية – دراسة ميدانية بمدينـــة عنابـــة " رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي .جامعة الجزائر .

37- بشاينية، سعد (2004): " هل الانتحار تعبير عن أزمة ؟"، فعاليات الملتقى الـــوطني الأول حول " الانتحار في المجتمع الجزائري " 27/28-04-2004، منشورات مختـــبر العلـــوم الاجتماعية وقضايا المجتمع، جامعة منتوري، قسنطينة، ص ص 14-56.

38- بن الشيخ، نور الدين (2004): " الانتحار في الدراسات السوســيولوجية في الجزائـــر "، فعاليات الملتقى الوطني الأول حول " الانتحار في المجتمع الجزائري " 27/28-04-2004 – منشورات مختبر العلوم الاجتماعية وقضايا المجتمع، جامعة منتوري، قســـنطينة، ص ص 113-118 .

39- بن بريكة، عبد الرحمان(2006): " الضغط النفسي الناتج عن الخدمات الجامعية لدى طلبة جامعة الجزائر"، مجلة حوليات جامعة الجزائر، العدد 16، الجزء 2، ص ص 105-.130

40- بوسنة، عبد الوافي زهير(2004): " عوامل الانتحار لدى الفتاة المراهقة "، فعاليات الملتقـــى الوطني الأول حول " الانتحار في المجتمع الجزائري "27 /28-04-، 2004 ، منشورات مختبر العلوم الاجتماعية وقضايا المجتمع، جامعة منتوري، قسنطينة، ص ص 120-144.

41 – بولحبال- نوار، مربوحة (2004): " البعد التربوي لانتحار الأحداث، دراسة تحليلية لوقائع انتحارية في صفوف التلاميذ ، تتبع حالات من بعض الثانويـــات بالشـــرق الجزائـــري"، فعاليات الملتقى الوطني الأول حول " الانتحار في المجتمع الجزائري "27 /28-04-2004، منشورات مختبر العلوم الاجتماعية وقضايا المجتمع، جامعة منتوري، قسنطينة، ص ص 14-56.

42- بيك أرون ، سكوت جان ، وليامز مارك ترجمة حسن مصطفى عبد المعطي (دون سنة): " العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية" ، موسوعة علم النفس العيادي (5)، مكتبة زهـــراء الشرق، القاهرة.

43 - جعفر غسان (2002): " الأمراض النفسية والعصبية ". دار النشر بيروت. لبنان الطبعة الأولى .

44- حسن، عادل علي (1995): " الرياضة والصحة، عرض لبعض المشكلات الرياضية وطرق علاجها "، الطبعة الأولى، منشأة المعرف، الإسكندرية.

45- حمدي، ياسين؛ علي، عسكر وحسن، الموسوي (1999): " علم النفس الصناعي والتنظيمي بين النظرية والتطبيق"، دار الكتاب الحديث، الكويت .

46- حمصي أنطوان (1991) : " أصول البحث في علم النفس ". مديرية الكتب الجامعية. جامعة دمشق .

47- خليفة، وليد السيد أحمد ومراد، علي عيسى سعد (2008): " الضغوط النفسية والتخلف العقلي، في ضوء علم النفس المعرفي (المفاهيم – النظريات - البرامج)"، الطبعة الأولى، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.

48- رجاء، مريم (2007): " الاستراتيجيات التي يستخدمها الطلبة للتعامل مع الضغوط النفسية .دراسة ميدانية على عينة من طلبة كلية التربية بجامعة دمشق"، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق، المجلد الخامس، العدد الأول ، ص ص .172-145

49- زرزوني جهيدة (2004): " الخلفية السوسيو نفسية للانتحار "، فعاليات الملتقى الوطني الأول حول " الانتحار في المجتمع الجزائري " 28/27-04-2004 ، منشورات مختبر العلوم الاجتماعية وقضايا المجتمع، جامعة منتوري ، قسنطينة، ص ص 159-185.

50- زيدان، مصطفى محمد (1990): " دليل مناهج البحث التربوي والاختبارات النفسية"، الطبعة الأولى، عالم المعرفة للنشر والتوزيع، جدة، المملكة العربية السعودية.

51- سمعان مكرم (1964): " مشكلة الانتحار دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري بالقاهرة"، منشورات جماعة علم النفس التكاملي، دار المعارف، مصر.

52- سواكري الطاهر (2008) : "موقف الصحافة المكتوبة من ظاهرة الانتحار في المجتمع الجزائري. دراسة تحليلية لمقالات يومية الخبرب الجزائرية". رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة الجزائر .

53- شريف، ليلى (2002): " أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بنمطي الشخصية (أ- ب) لدى أطباء الجراحة "، أطروحة دكتوراه غير منشورة في الصحة النفسية، جامعة دمشق، سوريا.

54- شويخ أحمد هناء (2007) : " أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية". إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.

55- طايبي فريدة (2000) : " المهارات الإجتماعية وعلاقتها بالتوظيف النفس- اجتماعي للفرد ". رسالة غير منشورة ، مقدّمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النّفس العيادي. جامعة الجزائر .

56- عبد الباسط، لطفي (1994): " مقياس عمليات تحمل الضغوط"، كراسة التعليمات، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة .

57- عبد الخالق، أحمد محمد (1998): " الصدمة النفسية "، مطبوعات الكويت.

58- عبد الرحمن، محمد السيد (1998): " دراسات في الصحة النفسية "، الجزء الأول، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

59- عبد الرحمن، محمد السيد (2000): " علم الأمراض النفسية والعقلية "، الجزء الأول، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

60- عبد الرحمان، السيد محمد (1998):" نظريات الشخصية"، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة.

61- عبد السلام علي (2003): " مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة "، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة المصرية.

62- عبد العزيز، موسى رشاد علي (1998): "العجز النفسي كوسيط بين بعض المتغيرات الشخصية في الضبط الداخلي – الخارجي ومفهوم القلق والاكتئاب النفسي"، في دراسات في علم النفس المرضي، الطبعة الثانية، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة.

63- عبد القوي، سامي (1989) : " دراسة في سيكولوجية محاولي الانتحار ". مجلة علم النفس ، العدد الثاني عشر ص 142 – 144 .

64- عبد الله، مجدي أحمد (1996): "علم النفس المرضي، دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب"، دار المعرفة الجامعية.

65- عبد الله نجية اسحاق (2004):" سيكولوجية العطالة، العوامل والآثار النفسية وإستراتيجية المواجهة"، الإسكندرية، المكتبة المصرية.

66- عبد المعطي، حسن مصطفى (1989): " الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين "، مجلة علم النفس، العدد التاسع، يناير- فبراير- مارس، ص 29- 43.

67- عبد المعطي، حسن مصطفى (1992): " ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية"، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد 19، ص ص 261- 324.

68- عبد المعطي، حسن مصطفى(1994): "ضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها، دراسة حضارية مقارنة في المجتمع المصري والاندونيسي"، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد 8 ، تصدرها الجمعية المصرية للدراسات النفسية : أعمال المؤتمر العاشر لعلم النفس في مصر.

69- عبد المعطي، حسن مصطفى (2002): " العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية "، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

70- عبد المعطي، حسن مصطفى وهشام، إبراهيم عبد الله (2002): "مصادر الضغوط النفسية لدى المرأة المصرية العاملة وأساليب مواجهتها "، في عبد المعطي حسن مصطفى - 2006- " ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها" الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

71- عبد المعطي، سويد (2003) : "مهارات التفكير ومواجهة الحياة"، الطبعة الأولى، دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات العربية المتحدة.

72- عبد المعطي، حسن مصطفى (2006): " ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها"، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

73- عبيد، ماجدة بهاء الدين سيد (2008): " الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

74- عبيدات، محمد، أبو الناصر، محمد ومبيضين عقيلة (1999): " منهجية البحث العلمي، القواعد، والمراحل والتطبيقات "، الطبعة الثانية، دار وائل للطباعة والنشر.

75- عثمان، فاروق السيد (2001): " القلق وإدارة الضغوط النفسية "، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة.

76- عدوان، زياد والحامد، يوسف (1990): " الانتحار"، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم الطب الشرعي، تحت رئاسة مفيد جوخدار، إشراف حنا الخوري، كلية الطب، جامعة دمشق.

77- عربيات، أحمد و الزيودي محمد (2008): " فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط لدى أسر الأطفال ضعاف السمع وأثره في تكيف أطفالهم"، مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية، المجلد 24، العدد الأول ، ص ص 201-236.

78- عرعار، سامية (2002) : " تشخيص الاكتئاب (الاستجابي والعصابي) والتكفل النفسي بالمصابين من الراشدين – علاج معرفي سلوكي. رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر .

79- عوض، رجب رئيفة. (2001) : " ضغوط المرهقين ومهارات المواجهة ، تشخيص وعلاج ". مكتبة النهضة العربية. القاهرة.

80- عويضة، منشار كريمان (1999): " الضغط النفسي في علاقته بدافعية الانجاز والتواد لدى طلاب الجامعة"، مجلة الإرشاد النفسي، العدد العاشر، كلية التربية، جامعة عين شمس، مركز الإرشاد النفسي، ص ص 353-.414

81- عياش، محمود أحمد (2003): " الانتحار : نماذج حية لمسائل لم تحسم بعد"، الطبعة الأولى، دار الفارابي، بيروت، لبنان.

82- غانم، محمد حسن (2003): " صراعاتنا الداخلية بين العقيدة والسلوك، رؤية نفسية (المشكلة والحل) منظور نفسي– ديني"، المكتبة المصرية للطبع والنشر والتوزيع، الإسكندرية.

83- غريب، عبد الفتاح (1990): "مقياس الاكتئاب"، الطبعة الثانية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

84- غسان يعقوب (1994): " سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي"، الطبعة الأولى، دار الفارابي، بيروت.

85 فاروق السيد عثمان. 2001. القلق وإدارة الضغوط النفسية. سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس .دار الفكر العربي .القاهرة ط 1

86- فايد، حسين علي (2001): " الاضطرابات السلوكية، تشخيصها، أسبابها، علاجها "، كلية الآداب –جامعة حلوان .

87 - فايد، حسين - أ- (2001): " الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها "، في دراسات في الصحة النفسية، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ص ص 63-117 .

88- فايد، حسين –ب- (2001): " الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية"، في دراسات في الصحة النفسية، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ص ص 330-.384

89- فايد، حسين علي –ج- (2001): " العدوان والاكتئاب في العصر الحديث، نظرة تكاملية "، الطبعة الأولى، المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، الإسكندرية.

90- فاضلي، أحمد وآيت حمودة، حكيمة (2007): " أثر البطالة على الصحة النفسية للشباب، دراسة الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين العاطلين عن العمل" مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، منشورات كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، العدد 7 ، ص ص 56-82.

91- كامل، سهير أحمد (1998): " دراسة حالة لظاهرة الانتحار الناتج عن ذهان الهوس والاكتئاب"، في دراسات سيكولوجية علم النفس المرضي، مركز الإسكندرية للكتاب.

92- كامل، وحيد مصطفى (2005): " فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة"، مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسانيين المصرية، المجلد 15 ، العدد 04 ، ص ص 569-.598

93- كريستيان بودلو، روجيه استابليه. (1999). تعريب أسامة الحاج: " دوركايم والانتحار ". المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع. لبنان. الطبعة الأولى.

943- كلاوس، شويح وغيرت، شراينكه ترجمة إلياس، حاجوج (2006): " الكرب أو الشـــدة النفسية، أفكار، نظريات، مشكلات "، الطبعة الأولى، منشورات دار علاء الدين، دمشق.

95- مخيمر، عماد محمد، (1997): " الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية متغيرات وســيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجــامعي "، المجلــة المصــرية للدراسات النفسية، المجلد السابع، العدد 17، أغسطس، ص 103-138.

96- مصطفى، مياسة محمد (1972): " دراسة في دوافع الانتحار "، مطابع الإدارة السياســية للجيش والقوات المسلحة، رسائل الثقافة النفسية، دمشق .

97- معمرية، بشير (2009): " استبيان لقياس الشعور باليأس لدى الراشدين وتقنينه على عينات من البيئة الجزائرية"، في دراسات نفسية حول طلاب المدارس والجامعات وفئات أخـــرى"، الطبعة الأولى، المكتبة العصرية، القاهرة.

98- معوض ، محمد عبد التواب و محمد سيد عبد العظيم (2004) : " مقياس الشعور باليأس – كراسة التعليمات .مكتبة الأنجلو مصرية .القاهرة .

99- مكتب الإنماء الاجتماعي، إدارة البحوث والدراسات. (2002): "الانتحـــار في المجتمـــع الكويتي ". المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. الكويت.

100- ملحم، سامي محمد (2000): " مناهج البحث في التربية وعلم النفس "، الطبعة الثانيـــة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.

101- منصور، عبد المجيد سيد أحمد والشربيني، زكريا أحمد (2001): " السلوك الإنساني بـــين الجبرية والإرادة "، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة.

102 ولد يحي عودية حورية (2009) : "خبرات الاساءة في الطفولة وعلاقتها بمظاهر اضطراب الشخصية الحدية والمشاعر الاكتئابية والتفكير الانتحاري لدى طلاب الجامعة – دراســة ميدانية على عينة غير إكلينيكة " – رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في تخصص علـــم النفس الاجتماعي – رسالة غير منشورة- جامعة الجزائر

103- هشام ، إبراهيم عبد الله (1995) : " المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليـــأس لدى عينة من الطلاب والعاملين " المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس. المجلد الثاني 25-27 ديسمبر.

104- هيلز، ديانا وهيلز، روبرت ترجمة عبد العلــي الجســماني (1999): " العنايــة بالعقــل والجسم"، الطبعة الأولى، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان .

105- يحياوي، حسينة (1996): " المحاولة الانتحارية، دراسة نفسية" ، رسالة ماجســتير غــير منشورة في علم النفس العيادي، معهد علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر.

106- يوسف، جمعة -أ- (2000): " الفروق بين الفصاميين والأسوياء الذكور في نمط السلوك -أ- واستراتيجيات مواجهة الضغط"، في " دراسات في علم الــنفس الإكلينيكــي"، دار غريب، القاهرة.

107- يوسف، جمعة -ب- (2000): "الذاكرة الانتقائية الملائمــة للمــزاج لــدى مرتفعــي ومنخفضي الأعراض الاكتئابية"، في " دراسات في علم النفس الإكلينيكي "، دار غريب، القاهرة.

108- يوسف، جمعة -ج- (2000): " الفروق بين الذكور والإناث في إدراك أحداث الحيــاة المثيرة للمشقة"، في " دراسات في علم النفس الإكلينيكي "، دار غريب، القاهرة.

109- يوسف، جمعة -د- (2000):" ترتيب أحداث الحياة المثيرة للمشــقة، دراســة ثقافيــة مقارنة"، في " دراسات في علم النفس الإكلينيكي "، دار غريب، القاهرة.

110- يوسف جمعة سيد (2004): " إدارة ضغوط العمل، نموذج للتدريب وللممارسة "، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة.

ثانيا : المراجع الأجنبية :

111.Alain Maunier, Gerard Tixier- (2005). " la tentation du suicide chez les adolescents". petite bibliotheques .payot.

211 -Asarnow,J.R.,Carlson,G.A,Guthrie,D.(1987):"Coping strategies,self perception,hoplessness and perceived family environement in depressed and suicidal children" .journal of consulting and clinical psychology , 55,3,361-366.

311 - Babolakis ,i et secret ,i (1990):" désespoir et dépression chez les suicidants ",Psychiatry and Psychobiology .n°5 , p 343-348.

411Bauckaert - . Aljanic, & a .a (1995) : " dictionnaire encyclopédique, le petit Larousse ", Paris .

511(1967) Beck.a. - : ". depression: clinical experimental and theoretical aspects", new York Heber medical division, Harper et row .

611- Beck.a.Tandel (1973):" .hoplessness; depression, and attempted suicide"; American journal of psychiatry. vol 130.n° 04 pp 445-459.

711 - Beck ,a.t, Rush,a.j., Shaw,b,f. & Emery ,G (1979) :" Cognitive Therapy Of Depression : a treatment manual ", new York , Guilford press.

811 - Bencheikh, lefgoun fatiha (2005):" l'approche relationnelle du suicide", congrée national le suicide dans la société algérienne -27/28-04-2005.publications du laboratoire des sciences sociales et problèmes de la société .université mentouri Constantine –Algérie, pp 35-43.

911 - Benkhelfat.F A .(1969): " a propos de 300 cas de tentative de suicide observé au centre hospitalier et universitaire d'Oran", thèse de doctorat en médecine , Oran

201 - Bensemail et al.(1987): " a propos de 273 cas de tentative de suicide observé au centre hospitalier et universitaire de Constantine", thèse de doctorat en médecine. Constantine.

112 - Berry,L.M (1998) :"psychology at work : an introduction to industrial and organizational psychology" .new York : mc Graw hill international editions.

212 - Boland. Jean (1996):" Le Concept biologique du processus du stress ", in stress et cardiologie, collection médecine et psychothérapie .paris .milan barcelone. Masson .pp 21-35.

312 - Bourgeois .m-l (2001) : " les instruments d'évaluation pour la prédiction et la prévention du suicide " intérêt pour la pratique clinique et la recherche . conférence de consensus 19-20.octobre 2000.la crise suicidaire reconnaitre et prendre en charge .édition John Libbey Eurotext .Paris

412 - Bouteyre e & Vitale c. (2006): "étude exploratoire de la souffrance et des stratégies de coping relevées dans 134 témoignages de harcèlement moral

du travail recensés sur le forum d'un site internent", pratiques
12, PP 45-57 . °psychologiques , N
- Brouette, Béatrice (1996):" complications de stress induites par la maladie 512
cardiaque ", in : stress et cardiologie .collection médecine et
psychothérapie. paris .milan barcelone .Masson .pp68-82.
- Bruce, Ellen Ruth. (1997):" la gestion du stress a l'intention des membres 612
de la communauté juridique. LPAC ", programme d'aide aux juristes,
Pamba : programme d'aide aux membres du barreau du Québec.
- Charol ,Francois & Guedj ,Marie-Jeanne (1999) : "Le Suicide " .Dominos – 712
Flammarion .
- Chipp, Paul –Etienne & Scherer, Klaus (1992): "Les comportements du 812
coping : étude de leur structure théorique et élaboration d'une échelle en
revue européenne de psychologie appliquée 4eme langue française",
04, pp285-294. °N trimestre ,vol 42.
129- Choquet,M. (1989):" l'acte suicidaire ,approche épidémiologique", act-
06 pp 04-07.° med-inter psychiatrie n
130- Choquet,M. (2001):"suicide et adolescence " : acquis épidémiologiques
,conférence de consensus ,19-20 octobre .la crise suicidaire reconnaitre et
prendre en charge .édition John Libbey Eurotext .Paris .
131- Cole,D.A.(1988): "hoplessness , social desirability ,depression and
parasuicide in two college student samples" .journal of consulting and
clinical psychology ,56,1,131-136.
132- .Darcourt.G. (1994):"Anxiété, dépression : convergences et divergences ",
in : la psychiatrie aujourd'hui , office des publication universitaire .ben
Aknoun Alger , p71-82
133- Dantchev, nicolas (1989):" stratégies de coping et pattern a coronarogéne",
revue de médecine psychosomatique, vol 17/18, p 21-23.
134- Despinoy,m (1999):" psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent ",
édition Armand colin, paris p 138-152.
135- Diekstra.r.f.w (1989): " suicide and the attempted suicide" : In international
perspective. acta-psychiatrica-scandinavia, pp1-24.
136- Dupain ,ph (1998): "le « coping » une revue du concept et des méthodes
d'évaluation", journal de thérapie comportementale et cognitive, 8.4,
pp131-138
inventaire de coping pour situations "137- Endler, N et Parker, J; (1998):
, Manuel, les éditions du centre de psychologie appliquée, Paris."stressantes
138- Folkman,s (1984): "personal control and stress and coping process : a
theoretical analysis", journal of personality and social psychology
.46.4,.839-852.
139- Folkman,s &.Lazarus,R (1988):" way of coping questionnaire ",mind
garden publisher .u.s.a.

140- Fontaine, Ovide; Kulbertis, Henri et Etienne, Anne-marie.(1996):"stress et cardiologie", collection médecine et psychothérapie. paris .milan barcelone. Masson .
141- Ghiglione,r; .Richard ,j.f. et al (1994): "cours de psychologie ", Paris. Dunod .
142- Graziani, Pierluigi , Joel, Swendensen.(2004) : "Le stress: émotions et stratégies d'adaptation" , Paris . Nathan.
143- Hanigan .P (1997): "la jeunesse en difficulté" , Québec .presses de l'université du Québec.
144- Harouni, mousssa (2005):" tentative d'explication anthropologique – clinique du phénomène du suicide en Algérie", congrée national le suicide dans la société algérienne -27/28-04-2005.publications du laboratoire des sciences sociales et problèmes de la société .université mentouri Constantine –Algérie pp 05-12.
145- Inessm.(1995): "module de psychiatrie", cours de médicine, constantine.
146- Johnson ,j.h & Sarason ,i.g (1978): "life stress , depression and anxiety : internal –external control as a moderator variable", journal of psychosomatic research , vol22.
147- Kacha .f .(1979): "contribution a l'étude du suicide en milieu urbain", thèse de doctorat en médecine, Alger.
148- Kacha, Farid (2001):" les conduits suicidaires". Algérie santé .revue bimestrielle de santé .mars- avril n^0 4, pp 06-10.
149- Kobassa,s.c, (1982): "commitment and coping in stress distance among lawyers", journal of personality and social psychology, 42, 168-177
150- Koomen.w , Kniesmeuert & vos- Panhuusen .A (1990):" social support and well-being in heart patients : a longitudinal study of the combined role of need for social support and perceived social support", social behavior, vol 05,p p 297-306.
151- Lazarus ,R & Folkman ,S (1984) :".stress, appraisal and coping", new York , Springer .
152- Lazarus.R ,(1993) : " from psychological stress to the emotion / a history of changing out looks " .Annee-rev-psych , vol 44m , pp 1-12.
A . (153- Levenstein ,S Prantera, C , Varvo ,V , Scribano , L and Andreoli, 1993) : "Development of the perceived stress questionnaire , a new tool for psychosomatic research" , Journal of Psychosomatic Research , vol 37,N^0 1 pp 19-32.
154- malim. salah (2005):" suicide : fin sans solution", congrée national le suicide dans la société algérienne -27/28-04-2005.publications du laboratoire des sciences sociales et problèmes de la société .université mentouri Constantine –Algérie, pp 45-60.
155- .Malon, Mann .j ; ,Nielsen, km et al (1997):" possible association of a polymorphism of the tryptophan-hydroxylase gene with suicidal behavior in depressed patients", American journal of psychiatry ,154 :1451-1453.

156- Maunier, Alain & Tixier, Gérard (2005):" la tentation du suicide chez les adolescents ", Petite bibliothèques, .payot.

157-Moor ,T .Paolillo ,J.G.(1984) : "depression : influence of hoplessness ,locus of control hostility and length of treatment .psychological reports . N0 54,875-881.

158- Moron .P.(1994):" actualités du suicide " .in la psychiatrie aujourd'hui .office des publication universitaire .ben Aknoun Alger .pp85-91.

159- Morrissette .P.(1997): "le suicide :démystification ,intervention,prévention", presses de l'université du Québec

160- Norman . s & Endler . .ph.d , f.r.s.c, James ,d.a,Parker .m.a. CISS .Manuel de coping pour situation stressantes .adaptation francaise Jean-pierre Rolland .les éditions du centre de psychologie appliqué .Paris

1601- Otmani,a & .Benlatreche ,t. (2005):" le suicide aspect médico-légaux", congrée national le suicide dans la société algérienne -27/28-04-2005, .publications du laboratoire des sciences sociales et problèmes de la société .université mentouri Constantine –Algérie pp 23-34.

"162- Paulhan, I; Nuissier, J; Quintard, B; Cousson, F et Bourgeois, M; (1994): La mesure du coping, traduction et validation française de l'échelle de , Annales. Médico- Psychologiques, vol 125, N°5, pp 292- 299."vitaliano

163- Pommereau, Xavier (2005):" l'adolescent suicidaire", Dunod .2meme édition .Paris.

164- Seghir .A.(1975): " contribution a l'étude des conduites suicidaires a Constantine", thèse de doctorat en médecine .

165- Sillamy .n (1996):" dictionnaire de la psychologie " ,.larousse , .paris.

166- Steptoe .A.(1991): " psychologie de la réaction au stress", .collection scientifique, stablon

167- Triffaux, Jean-marc (1996):" le concept biopsychosocial du processus de stress ", in : stress et cardiologie. collection médecine et psychothérapie. Paris, milan barcelone. Masson .pp 36-54 .

168- Vladeta Ajdacic –gross, Mitchell Weiss ,Mariann Ring ,Urs Hepp , Matthias Bopp , Felix Gutzwiller .(2008) : " Methode of suicide : international suicide patterns derived from the WHO mortality database " . bulletin of the world health organization .n0 86 . 726 – 732

169- Wilmotte.J , Bastyns J.M, Demaret .G et Duvivier .M .(1986): " Le suicide : psychothérapie et conduits suicidaires", pierre mardaga éditeur .Bruxelles.

170-Yang .b,Clum,g.a.(1994): Life stress , social support and problem solving skills predictive of depressive symptoms ,hoplessness and suicide ideation in Asian student population :a test of a model . in : suicide and life threatening ,24(2) 127-139.

الملاحق

**** – الاستبيان –****

السن : ....

الجنس :..

الحالة المدنية : ....

المستوى التعليمي :...

الوظيفة : ....

الحالة الصحية :

أ – الصحة البدنية : ....

ب – الصحة النفسية : ....

عدد المحاولات الانتحارية ....

....

الوسائل المستخدمة في المحاولة الانتحارية : ....

....

....

أسباب المحاولة الانتحارية :

....

....

....

....

....

....

.

مقياس الاكتئاب

المقياس – 1 –

التعليمة :

إليك مجموعة من العبارات ، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدة، ثم قم بوضع دائرة حول رقم العبارة (0 أو 1 أو 2 أو 3) والتي تصف حالتك خلال الأسبوع الحالي بما في ذلك اليوم.

إن وجدت أنه في المجموعة الواحدة تبدو لك عبارات متلائمة فضع دائرة على الأرقام الموافقة. تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد من أنك قد أجبت على كل المجموعات.

1

0 – أنا لا أشعر بالحزن .

1 – أنا أشعر بالحزن والكآبة .

2 – أنا مكتئب أو حزين طوال الوقت ولا أستطيع أن أنزع نفسي من هذه الحالة .

3 – أنا حزين وغير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك .

2

0 – أنا لست متشائما على وجه الخصوص ، أو لست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل .

1 – أنا أشعر أن المستقبل غير مشجع .

2 – أنا أشعر أنه ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل .

3 – أنا أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأشياء لا يمكن أن تتحسن .

3

0 – أنا لا أشعر بأنني فاشل .

1 – أنا أشعر بأنني فشلت في حياتي أكثر من الشخص المتوسط .

2 – كلما أعود بذاكرتي إلى الوراء ... كل ما أستطيع أن أراه في حياتي الكثير من الفشل .

3 – أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما (كوالد ، والدة ، زوج ، زوجة) .

4

0 – أنا لست غير راض .

1 – أنا أشعر بالملل أغلب الوقت .

2 – أنا لا أحصل على الإشباع أو الرضى من أي شيء بعد الآن .

3 – أنا غير راض عن كل شيء .

5

0 – أنا لا أشعر بأنني آثم أو مذنب .

1 – أنا أشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي في أغلب الوقت .

2 – أنا أشعر بالذنب أو الإثم تماما .

3 – أنا أشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة .

6

0 – أنا لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي .

1 – أنا فاقد الأمل في نفسي .

2 – أنا مشمئز من نفسي .

3 – أنا أكره نفسي .

7

0 – أنا ليست لدي أفكار للإضرار بنفسي .

1 – أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي ولكن لا أنفذها .

2 – أنا أشعر بأنه من الأفضل أن أموت .

3 – لو استطعت .... لقتلت نفسي .

8

0 – أنا لم أفقد اهتمامي بالناس .

1 – أنا أقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون من قبل .

2 – أنا فقدت أغلب اهتماماتي بالناس ، ولدي مشاعر قليلة اتجاههم .

3 – أنا فقدت كل اهتماماتي بالناس ، ولا أهتم بهم على الإطلاق .

9

0 – أنا أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذها من قبل .

1 – أنا أحاول تجنب اتخاذ القرارات .

2 – أنا لدي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات .

3 – أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرار بعد الآن .

10

0 – أنا لا أشعر بأنني أظهر أسوأ ما اعتدت أن أظهر به من قبل .

1 – أنا مشغول وقلق على أنني أظهر كبير السن أو غير جذاب .

2 – أنا أشعر بأن هناك تغيرات ثابتة في مظهري تجعلني أظهر بطريقة غير جذابة

3 – أنا أشعر بأنني قبيح أو كريه المنظر .

11

0 – أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل .

1 – لابد علي أن أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء .

2 – يجب علي أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء .

3 – أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق .

12

0 – أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل .

1 – أنا أشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل .

2 – أنا أشعر بالإجهاد من أداء أي شيء .

3 – أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء .

13

0 – شهيتي للأكل ليست أسوأ من المعتاد .

1 – شهيتي للأكل أسوأ من المعتاد .

2 – شهيتي للأكل أصبحت أسوأ بكثير الآن .

3 – أنا ليست لي شهية للأكل نهائيا .

مقياس اليأس

المقياس -2-

التعليمة: فيما يلي عدد من العبارات التي يمكن أن تميز مشاعرنا وسلوكنا، اقرأ كل عبارة وضع بعدها دائرة واحدة حول(نعم) أو(لا)،لا تفكر كثيرا في الإجابة،ولا تترك أي عبارة دون إجابة.

العبارات	نعم	لا
1- أتطلع إلى المستقبل بأمل وحماس		
2- يمكنني أن أقر بعجزي لأنني لم أستطع تحقيق الأفضل بالنسبة لنفسي .		
3- عندما تسوء الأمور، فإن معرفتي تساعدني بأن الأمور لن تدوم كذلك إلى الأبد.		
4 – لا أستطيع أن أتخيل ماذا ستكون عليه حياتي بعد عشر سنوات.		
5 – عندي الوقت الكافي لإنجاز الأشياء التي تشتد رغبتي في القيام بها .		
6 – في المستقبل ، أتوقع أن أنجح فيما هو أكثر أهمية بالنسبة لي .		
7 – يبدو أن المستقبل مظلم بالنسبة لي .		
8 - أتوقع أن أحمل من الأشياء الجيدة في الحياة قدرا أكبر مما ينال الشخص العادي .		
9 – لم يكن حظي سعيد وليس هناك سبب يدعو للاعتقاد بأنني سأحصل عليه في المستقبل.		
10- إن خبراتي الماضية قد أعدتني إعداد جيدا للمستقبل .		
11- كل ما أستطيع رؤيته أمامي هو أمور سيئة أكثر مما هي سارة .		
12- لا أتوقع أن أحصل على ما أريده حقيقة .		
13 – عندما أتطلع إلى المستقبل أتوقع أني سوف أكون أسعد مما أنا عليه الآن .		

14 – لن تحدث الأمور في المستقبل بالطريقة التي أودها .		
15 – عندي ثقة كبيرة في المستقبل .		
16 – أنا لا أحصل أبدا على ما أريد ولذلك من الحماقة أن أرغب في أي شيء		
17 – من غير المتوقع أنني سأحقق أي إشباع حقيقي لرغباتي في المستقبل .		
18 – يبدو لي المستقبل غامضا ومشكوكا فيه .		
19 – باستطاعتي أن أتوقع أن الأيام الهانئة ستكون أكثر من الأيام السيئة .		
20– لا فائدة من المحاولة الجادة للحصول على شيء ما أريده ، لأنني لن أتمكن من الحصول عليه في الغالب .		

مقياس استراتيجيات

المقياس –3–

التعليمة :

إليك في الفقرات التالية عدة طرق لمواجهة المشاكل ، المطلوب منك ، أن تحدد إلى أية درجة استعملت كل واحدة منها في مواجهة مشكل قد تسبب لك في قلق .

من فضلك صف لنا هذا المشكل في بضع أسطر واحتفظ به في ذهنك ، واقرأ كل طريقة من الطرق التالية وبيّن مدى استعمالك لها في الوضعية التي وصفتها وذلك بوضع دائرة على الفئة المناسبة .

وصف المشكل :

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

الرقم	الطرق المستعملة في مواجهة المشاكل	إطلاقا	إلى حد ما	كثيرا	كثيرا جدا
1	ركزت فقط فيما سأفعله لاحقا في الخطوة اللاحقة				
2	قمت فقط بشيء لم أفكر أني سأفعله ، لكن قمت بشيء ما على الأقل				
3	محاولة إقناع الشخص المسؤول تغيير رأيه (ها)				
4	التحدث لشخص ما لأتعرف أكثر على الوضعية				
5	انتقدت نفسي أو وبختها				
6	محاولة عدم اليأس ، لكن تركت الأمور نوعا ما موضع بحث				
7	تمنيت أن تحدث معجزة				
8	رضيت بالقدر، كان في بعض الأحيان حظي سيئا				
9	تصرفت وكأن شيئا لم يحدث				
10	حاولت أن أحتفظ بمشاعري لنفسي				
11	بحثت عن الجانب الملفت للمشكل ، وحاولت النظر إلى الجانب الإيجابي للأشياء				
12	نمت أكثر من العادة				

13	أظهرت غضبي للشخص (للأشخاص) المتسبب في المشكل				
14	تقبلت عطف وتفهم شخص ما				
15	أُلهمت القيام بشيء إبداعي				
16	محاولة نسيان كل شيء				
17	تحصلت على مساعدة مختص				
18	تغيرت أو تطورت بشكل إيجابي				
19	اعتذرت أو قمت بشيء ما لأستدرك نفسي				
20	وضعت مخططا للعمل واتبعته				
21	أظهرت مشاعري بطريقة أو بأخرى				
22	أدركت أنني المتسبب في المشكل				
23	خرجت من المشكل بشكل أحسن مما دخلت فيه				
24	حدثت شخصا ما بإمكانه فعل شيء ملموس اتجاه المشكل				
25	محاولة إشعار نفسي بإحساس جيد وذلك بالأكل ، الشرب ، التدخين ، أخذ أدوية ...				
26	قمت بمجازفة كبيرة أو شيئا خطرا جدا				
27	حاولت أن لا أتصرف بعجلة وأن لا أتبع أفكاري الأولى				
28	وجدت إيمانا جديدا				

29	اكتشفت من جديد ما هو مهم في الحياة				
30	غيرت الأشياء حتى تنتهي الأمور إلى الأفضل				
31	تجنبت التواجد مع الناس عموما				
32	عدم ترك المشكل يتغلب عليّ ، ورفض التفكير فيه كثيرا				
33	طلبت النصح من شخص قريب أو صديق أحترمه				
34	لم أترك الآخرين يعرفون كم كانت الأمور سيئة				
35	الاستهانة من الوضعية ورفض أن أكون جديا نحوها				
36	حدثت شخصا ما عن ما شعرت به				
37	الإصرار على موقفي وقاومت للوصول إلى ما كنت أريده				
38	لمت غيري من الناس حول المشكلة				
39	استفدت من تجاربي السابقة ، إذا كنت في وضعية مماثلة				
40	عرفت ما يجب فعله ، فضاعفت جهدي لتحقيق الأمور				
41	رفضت الاعتقاد بأن هذا الأمر قد حدث				
42	تعهدت لنفسي بأن الأمور ستكون مختلفة مرة أخرى				

				الوصول إلى مجموعة حلول مختلفة للمشكل	**43**
				حاولت إبعاد مشاعري حتى لا تتداخل كثيرا مع أمور أخرى	**44**
				غيرت أشياء في نفسي	**45**
				تمنيت لو ينتهي المشكل أو يجد حلا بطريقة أو بأخرى	**46**
				لدي خيال أو تمنيات حول إمكانية انقلاب الأمور	**47**
				تضرعت إلى الله	**48**
				شرد تفكيري إلى ما يمكنني أن أقوله أو أقوم به	**49**
				فكرت كيف يمكن لشخص أقدره أن يتعامل مع هذه الوضعية ، ثم اتخذت ذلك نموذجا	**50**

مقياس إدراك الضغط النفسي

المقياس -4-

استبيان إدراك الضغط PSQ

التعليمة :

لكل عبارة من العبارات التالية ، ضع علامة (X) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك عموما ، وذلك خلال السنة أو السنتين الماضيتين .

أجب بسرعة، دون أن تزعج نفسك بمراجعة إجابتك، وأحرص على وصف مسار حياتك خلال هذه المدة .

الرقم	العبارات	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	عادة
1	تشعر بالراحة				
2	تشعر بوجود متطلبات كثيرة لديك				
3	أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق				
4	لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
5	تشعر بالوحدة أو العزلة				
6	تجد نفسك في مواقف صراعية				
7	تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا				
8	تشعر بالتعب				
9	تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك				
10	تشعر بالهدوء				
11	لديك عدة قرارات لاتخاذها				

12	تشعر بالإحباط				
13	أنت مليء بالحيوية				
14	تشعر بالتوتر				
15	تبدو مشاكلك كأنها ستتراكم				
16	تشعر بأنك في عجلة من أمرك				
17	تشعر بالأمن والحماية				
18	لديك عدة مخاوف				
19	أنت تحت الضغط مقارنة بالآخرين				
20	تشعر بفقدان العزيمة				
21	تُمتع نفسك				
22	أنت متخوف من المستقبل				
23	تشعر بأنك قمت بأشياء ملزم بها وليس لأنك تريدها				
24	تشعر بأنك موضع انتقاد وحكم				
25	أنت شخص خال من الهموم				
26	تشعر بالانهاك أو بالتعب الفكري				
27	لديك صعوبة في الاسترخاء				
28	تشعر بعبء المسؤولية				
29	لديك الوقت الكافي لنفسك				
30	تشعر أنك تحت ضغط مميت				

المعالجات الاحصائية

Corrélations

			STRESS	DEPRESSI	DESESPOI
Rho de Spearman	STRESS	Coefficient de corrélation	1,000	,410**	,413**
		Sig. (bilatérale)	,	,000	,000
		N	75	75	75
	DEPRESSI	Coefficient de corrélation	,410**	1,000	,791**
		Sig. (bilatérale)	,000	,	,000
		N	75	75	75
	DESESPOI	Coefficient de corrélation	,413**	,791**	1,000
		Sig. (bilatérale)	,000	,000	,
		N	75	75	75

**. La corrélation est significative au niveau .01 (bilatéral).

Corrélations non paramétriques

Corrélations

SPOI	CONFRONT	PLANIFIC	EVALPOSI	DISTANCE	SELFCONT	SUPPORT	RESPONSA	EVITEMEN
,413**	,088	-,150	,023	,233*	,125	-,133	-,092	-,061
,000	,454	,199	,847	,044	,285	,257	,433	,606
75	75	75	75	75	75	75	75	75
,791**	,044	-,025	-,024	,435**	,213	,163	-,133	-,209
,000	,705	,831	,837	,000	,067	,162	,257	,072
75	75	75	75	75	75	75	75	75
1,000	,055	,081	-,043	,390**	,245*	,094	-,142	-,092
,	,642	,489	,711	,001	,034	,423	,225	,431
75	75	75	75	75	75	75	75	75
,055	1,000	-,002	,174	,048	,159	-,071	-,063	-,025
,642	,	,985	,135	,682	,174	,544	,593	,829
75	75	75	75	75	75	75	75	75
,081	-,002	1,000	-,040	,072	-,029	-,033	,153	,151
,489	,985	,	,735	,537	,808	,776	,190	,195
75	75	75	75	75	75	75	75	75
-,043	,174	-,040	1,000	-,088	-,088	,067	,120	-,146
,711	,135	,735	,	,451	,450	,566	,306	,212
75	75	75	75	75	75	75	75	75
,390**	,048	,072	-,088	1,000	,261*	,052	-,266*	-,090
,001	,682	,537	,451	,	,024	,659	,021	,444
75	75	75	75	75	75	75	75	75
,245*	,159	-,029	-,088	,261*	1,000	-,006	-,131	,171
,034	,174	,808	,450	,024	,	,958	,264	,143
75	75	75	75	75	75	75	75	75
,094	-,071	-,033	,067	,052	-,006	1,000	,172	-,091
,423	,544	,776	,566	,659	,958	,	,141	,436
75	75	75	75	75	75	75	75	75
-,142	-,063	,153	,120	-,266*	-,131	,172	1,000	,108
,225	,593	,190	,306	,021	,264	,141	,	,355
75	75	75	75	75	75	75	75	75
-,092	-,025	,151	-,146	-,090	,171	-,091	,108	1,000
,431	,829	,195	,212	,444	,143	,436	,355	,
75	75	75	75	75	75	75	75	75

CONFRONT

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	6,00	1	1,3	1,3	1,3
	9,00	1	1,3	1,3	2,7
	10,00	17	22,7	22,7	25,3
	11,00	18	24,0	24,0	49,3
	12,00	17	22,7	22,7	72,0
	13,00	3	4,0	4,0	76,0
	14,00	8	10,7	10,7	86,7
	15,00	8	10,7	10,7	97,3
	16,00	1	1,3	1,3	98,7
	19,00	1	1,3	1,3	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

PLANIFIC

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2,00	4	5,3	5,3	5,3
	3,00	2	2,7	2,7	8,0
	4,00	9	12,0	12,0	20,0
	5,00	8	10,7	10,7	30,7
	6,00	10	13,3	13,3	44,0
	7,00	14	18,7	18,7	62,7
	8,00	15	20,0	20,0	82,7
	9,00	11	14,7	14,7	97,3
	11,00	2	2,7	2,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

EVALPOSI

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	1	1,3	1,3	1,3
	2,00	1	1,3	1,3	2,7
	3,00	1	1,3	1,3	4,0
	4,00	1	1,3	1,3	5,3
	5,00	3	4,0	4,0	9,3
	6,00	2	2,7	2,7	12,0
	7,00	1	1,3	1,3	13,3
	8,00	2	2,7	2,7	16,0
	9,00	5	6,7	6,7	22,7
	10,00	13	17,3	17,3	40,0
	11,00	16	21,3	21,3	61,3
	12,00	11	14,7	14,7	76,0
	13,00	4	5,3	5,3	81,3
	14,00	8	10,7	10,7	92,0
	15,00	3	4,0	4,0	96,0
	17,00	2	2,7	2,7	98,7
	18,00	1	1,3	1,3	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

DISTANCE

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	8,00	1	1,3	1,3	1,3
	9,00	6	8,0	8,0	9,3
	10,00	5	6,7	6,7	16,0
	11,00	5	6,7	6,7	22,7
	12,00	9	12,0	12,0	34,7
	13,00	9	12,0	12,0	46,7
	14,00	15	20,0	20,0	66,7
	15,00	8	10,7	10,7	77,3
	16,00	13	17,3	17,3	94,7
	17,00	2	2,7	2,7	97,3
	18,00	2	2,7	2,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

SELFCONT

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	1	1,3	1,3	1,3
	2,00	2	2,7	2,7	4,0
	3,00	4	5,3	5,3	9,3
	4,00	2	2,7	2,7	12,0
	5,00	3	4,0	4,0	16,0
	7,00	2	2,7	2,7	18,7
	8,00	1	1,3	1,3	20,0
	9,00	8	10,7	10,7	30,7
	10,00	9	12,0	12,0	42,7
	11,00	11	14,7	14,7	57,3
	12,00	7	9,3	9,3	66,7
	13,00	6	8,0	8,0	74,7
	14,00	9	12,0	12,0	86,7
	15,00	5	6,7	6,7	93,3
	16,00	4	5,3	5,3	98,7
	17,00	1	1,3	1,3	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

SUPPORT

équence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
2	2,7	2,7	2,7
12	16,0	16,0	18,7
1	1,3	1,3	20,0
10	13,3	13,3	33,3
21	28,0	28,0	61,3
4	5,3	5,3	66,7
3	4,0	4,0	70,7
7	9,3	9,3	80,0
3	4,0	4,0	84,0
6	8,0	8,0	92,0
2	2,7	2,7	94,7
1	1,3	1,3	96,0
3	4,0	4,0	100,0
75	100,0	100,0	

RESPONSA

équence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
1	1,3	1,3	1,3
3	4,0	4,0	5,3
4	5,3	5,3	10,7
13	17,3	17,3	28,0
11	14,7	14,7	42,7
15	20,0	20,0	62,7
7	9,3	9,3	72,0
14	18,7	18,7	90,7
6	8,0	8,0	98,7
1	1,3	1,3	100,0
75	100,0	100,0	

DEPRESSI

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	11,00	2	2,7	2,7	2,7
	12,00	2	2,7	2,7	5,3
	13,00	5	6,7	6,7	12,0
	14,00	6	8,0	8,0	20,0
	15,00	5	6,7	6,7	26,7
	16,00	6	8,0	8,0	34,7
	17,00	1	1,3	1,3	36,0
	18,00	2	2,7	2,7	38,7
	19,00	7	9,3	9,3	48,0
	20,00	2	2,7	2,7	50,7
	21,00	5	6,7	6,7	57,3
	22,00	7	9,3	9,3	66,7
	23,00	3	4,0	4,0	70,7
	24,00	2	2,7	2,7	73,3
	25,00	2	2,7	2,7	76,0
	26,00	6	8,0	8,0	84,0
	27,00	2	2,7	2,7	86,7
	28,00	3	4,0	4,0	90,7
	29,00	3	4,0	4,0	94,7
	30,00	2	2,7	2,7	97,3
	35,00	1	1,3	1,3	98,7
	36,00	1	1,3	1,3	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

EVITEMEN

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	9,00	1	1,3	1,3	1,3
	11,00	10	13,3	13,3	14,7
	12,00	7	9,3	9,3	24,0
	13,00	11	14,7	14,7	38,7
	14,00	11	14,7	14,7	53,3
	15,00	9	12,0	12,0	65,3
	16,00	13	17,3	17,3	82,7
	17,00	7	9,3	9,3	92,0
	18,00	5	6,7	6,7	98,7
	19,00	1	1,3	1,3	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

DESESPOI

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	5,00	1	1,3	1,3	1,3
	7,00	1	1,3	1,3	2,7
	8,00	2	2,7	2,7	5,3
	9,00	2	2,7	2,7	8,0
	10,00	1	1,3	1,3	9,3
	11,00	4	5,3	5,3	14,7
	12,00	14	18,7	18,7	33,3
	13,00	8	10,7	10,7	44,0
	14,00	17	22,7	22,7	66,7
	15,00	16	21,3	21,3	88,0
	16,00	4	5,3	5,3	93,3
	17,00	4	5,3	5,3	98,7
	18,00	1	1,3	1,3	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

STRESS

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	62,00	1	1,3	1,3	1,3
	65,00	1	1,3	1,3	2,7
	69,00	1	1,3	1,3	4,0
	70,00	3	4,0	4,0	8,0
	77,00	1	1,3	1,3	9,3
	78,00	3	4,0	4,0	13,3
	79,00	1	1,3	1,3	14,7
	80,00	6	8,0	8,0	22,7
	83,00	1	1,3	1,3	24,0
	85,00	2	2,7	2,7	26,7
	86,00	4	5,3	5,3	32,0
	88,00	1	1,3	1,3	33,3
	89,00	6	8,0	8,0	41,3
	90,00	2	2,7	2,7	44,0
	91,00	1	1,3	1,3	45,3
	93,00	5	6,7	6,7	52,0
	95,00	1	1,3	1,3	53,3
	96,00	3	4,0	4,0	57,3
	98,00	7	9,3	9,3	66,7
	99,00	5	6,7	6,7	73,3
	100,00	5	6,7	6,7	80,0
	101,00	5	6,7	6,7	86,7
	102,00	6	8,0	8,0	94,7
	105,00	1	1,3	1,3	96,0
	109,00	1	1,3	1,3	97,3
	110,00	1	1,3	1,3	98,7
	958,00	1	1,3	1,3	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

NBDESSAI

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	40	53,3	53,3	53,3
	2,00	22	29,3	29,3	82,7
	3,00	11	14,7	14,7	97,3
	4,00	2	2,7	2,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
CONFRONT	75	6,00	19,00	11,9067	2,0213
PLANIFIC	75	2,00	11,00	6,5200	2,1076
EVALPOSI	75	1,00	18,00	10,7200	3,2489
DISTANCE	75	8,00	18,00	13,3333	2,4180
SELFCONT	75	1,00	17,00	10,5200	3,8847
SUPPORT	75	1,00	14,00	5,8533	3,1950
RESPONSA	75	1,00	10,00	5,8800	2,0266
EVITEMEN	75	9,00	19,00	14,2800	2,2575
DEPRESSI	75	11,00	36,00	20,4000	5,8771
DESESPOI	75	5,00	18,00	13,3333	2,3786
STRESS	75	62,00	958,00	102,5867	100,6784
NBDESSAI	75	1,00	4,00	1,6667	,8275
N valide (listwise)	75				

Corrélations

Corrélations

RESS	CONFRONT	PLANIFIC	EVALPOSI	DISTANCE	SELFCONT	SUPPORT	RESPONSA	EVITEMEN
,095								
,562								
40								
,311	,103							
,051	,526							
40	40							
,210	,072	,152						
,194	,659	,350						
40	40	40						
,086	,055	,108	-,071					
,598	,736	,508	,663					
40	40	40	40					
,030	,154	,222	-,160	,215				
,853	,343	,169	,323	,182				
40	40	40	40	40				
,246	,271	-,049	,125	,006	,042			
,125	,091	,766	,443	,969	,795			
40	40	40	40	40	40			
,002	-,067	,044	,209	-,280	-,144	,088		
,989	,681	,789	,195	,080	,376	,587		
40	40	40	40	40	40	40		
,217	-,073	,123	-,105	-,006	,146	-,115	,234	
,178	,655	,448	,519	,972	,369	,480	,146	
40	40	40	40	40	40	40	40	
,115								
,610								
22								
,254	-,085							
,254	,708							
22	22							
,450*	,553**	-,124						
,036	,008	,582						
22	22	22						
,055	,000	,007	-,112					
,808	1,000	,975	,620					
22	22	22	22					
,185	,284	-,085	,009	,035				
,411	,200	,706	,970	,876				
22	22	22	22	22				
,209	-,066	-,034	-,146	,013	,150			
,352	,771	,879	,516	,956	,506			
22	22	22	22	22	22			
,055	,244	,175	,012	-,186	-,065	,013		
,807	,273	,435	,959	,408	,775	,954		
22	22	22	22	22	22	22		
,284	,024	,251	-,020	-,094	,277	-,274	-,216	

Corrélations

Corrélations

ESS	CONFRONT	PLANIFIC	EVALPOSI	DISTANCE	SELFCONT	SUPPORT	RESPONSA	EVITEMEN
,072								
,542								
75								
,109	,008							
,350	,943							
75	75							
-,266*	,087	,018						
,021	,461	,881						
75	75	75						
,055	,037	,074	-,048					
,640	,754	,527	,682					
75	75	75	75					
,120	,127	,009	-,081	,213				
,304	,279	,936	,487	,067				
75	75	75	75	75				
-,152	,061	,017	,071	-,015	,027			
,192	,605	,882	,542	,901	,819			
75	75	75	75	75	75			
-,002	-,069	,141	,182	-,287*	-,152	,181		
,987	,558	,226	,119	,013	,194	,120		
75	75	75	75	75	75	75		
,132	-,042	,142	-,124	-,069	,120	-,067	,105	
,260	,723	,223	,290	,555	,304	,566	,370	
75	75	75	75	75	75	75	75	

0.05 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

		DESESPOI	DEPRESSI
DESESPOI	Corrélation de Pearson		
	Sig. (bilatérale)		
	N		
DEPRESSI	Corrélation de Pearson	,735**	
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	75	

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

ESSI	CONFRONT	PLANIFIC	EVALPOSI	DISTANCE	SELFCONT	SUPPORT	RESPONSA	EVITEMEN
-,007								
,952								
75								
-,056	,008							
,631	,943							
75	75							
,024	,087	,018						
,840	,461	,881						
75	75	75						
,458**	,037	,074	-,048					
,000	,754	,527	,682					
75	75	75	75					
,241*	,127	,009	-,081	,213				
,037	,279	,936	,487	,067				
75	75	75	75	75				
,174	,061	,017	,071	-,015	,027			
,136	,605	,882	,542	,901	,819			
75	75	75	75	75	75			
-,123	-,069	,141	,182	-,287*	-,152	,181		
,293	,558	,226	,119	,013	,194	,120		
75	75	75	75	75	75	75		
-,206	-,042	,142	-,124	-,069	,120	-,067	,105	
,076	,723	,223	,290	,555	,304	,566	,370	
75	75	75	75	75	75	75	75	

0.01 (bilatéral).

05 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

ESSI	CONFRONT	PLANIFIC	EVALPOSI	DISTANCE	SELFCONT	SUPPORT	RESPONSA	EVITEMEN
,134								
,411								
40								
,090	,103							
,580	,526							
40	40							
,249	,072	,152						
,121	,659	,350						
40	40	40						
,202	,055	,108	-,071					
,211	,736	,508	,663					
40	40	40	40					
,238	,154	,222	-,160	,215				
,139	,343	,169	,323	,182				
40	40	40	40	40				
,272	,271	-,049	,125	,006	,042			
,090	,091	,766	,443	,969	,795			
40	40	40	40	40	40			
,068	-,067	,044	,209	-,280	-,144	,088		
,678	,681	,789	,195	,080	,376	,587		
40	40	40	40	40	40	40		
,182	-,073	,123	-,105	-,006	,146	-,115	,234	
,262	,655	,448	,519	,972	,369	,480	,146	
40	40	40	40	40	40	40	40	
,177								
,432								
22								
,181	-,085							
,420	,708							
22	22							
,299	,553**	-,124						
,177	,008	,582						
22	22	22						
,163	,000	,007	-,112					
,467	1,000	,975	,620					
22	22	22	22					
,224	,284	-,085	,009	,035				
,316	,200	,706	,970	,876				
22	22	22	22	22				
,247	-,066	-,034	-,146	,013	,150			
,268	,771	,879	,516	,956	,506			
22	22	22	22	22	22			
,004	,244	,175	,012	-,186	-,065	,013		
,987	,273	,435	,959	,408	,775	,954		
22	22	22	22	22	22	22		
,209	,024	,251	-,020	-,094	,277	-,274	-,216	

Corrélations

SPOI	CONFRONT	PLANIFIC	EVALPOSI	DISTANCE	SELFCONT	SUPPORT	RESPONSA	EVITEMEN
,085								
,467								
75								
-,032	,008							
,783	,943							
75	75							
,037	,087	,018						
,754	,461	,881						
75	75	75						
,385**	,037	,074	-,048					
,001	,754	,527	,682					
75	75	75	75					
,253*	,127	,009	-,081	,213				
,029	,279	,936	,487	,067				
75	75	75	75	75				
,065	,061	,017	,071	-,015	,027			
,578	,605	,882	,542	,901	,819			
75	75	75	75	75	75			
-,182	-,069	,141	,182	-,287*	-,152	,181		
,118	,558	,226	,119	,013	,194	,120		
75	75	75	75	75	75	75		
-,118	-,042	,142	-,124	-,069	,120	-,067	,105	
,312	,723	,223	,290	,555	,304	,566	,370	
75	75	75	75	75	75	75	75	

).01 (bilatéral).

05 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

SPO I	CONFRONT	PLANIFIC	EVALPOSI	DISTANCE	SELFCONT	SUPPORT	RESPONSA	EVITEMEN
,234								
,146								
40								
,199	,103							
,219	,526							
40	40							
,184	,072	,152						
,255	,659	,350						
40	40	40						
,138	,055	,108	-,071					
,395	,736	,508	,663					
40	40	40	40					
,134	,154	,222	-,160	,215				
,409	,343	,169	,323	,182				
40	40	40	40	40				
,161	,271	-,049	,125	,006	,042			
,320	,091	,766	,443	,969	,795			
40	40	40	40	40	40			
,119	-,067	,044	,209	-,280	-,144	,088		
,465	,681	,789	,195	,080	,376	,587		
40	40	40	40	40	40	40		
,099	-,073	,123	-,105	-,006	,146	-,115	,234	
,545	,655	,448	,519	,972	,369	,480	,146	
40	40	40	40	40	40	40	40	
,280								
,208								
22								
,261	-,085							
,241	,708							
22	22							
,339	,553**	-,124						
,123	,008	,582						
22	22	22						
,127	,000	,007	-,112					
,572	1,000	,975	,620					
22	22	22	22					
,509*	,284	-,085	,009	,035				
,016	,200	,706	,970	,876				
22	22	22	22	22				
,029	-,066	-,034	-,146	,013	,150			
,897	,771	,879	,516	,956	,506			
22	22	22	22	22	22			
,045	,244	,175	,012	-,186	-,065	,013		
,841	,273	,435	,959	,408	,775	,954		
22	22	22	22	22	22	22		
,065	,024	,251	-,020	-,094	,277	-,274	-,216	

Test-t

Statistiques de groupe

	SEXE	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
STRESS	HOMME	41	91,0976	11,8824	1,8557
	FEMME	34	116,4412	148,9853	25,5508

Test d'échantillons indépendants

Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
							Intervalle de confiance 95% de la différence	
F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
3,256	,075	-1,087	73	,281	-25,3436	23,3242	-71,8286	21,1414
		-,989	33,348	,330	-25,3436	25,6181	-77,4433	26,7561

Oneway

Test d'homogénéité des variances

STRESS

Statistique de Levene	ddl1=	ddl2	Signification
2,893	3	71	,041

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

	NBDESSAI	N	Rang moyen
STRESS	1,00	40	31,76
	2,00	22	36,18
	3,00	11	58,36
	4,00	2	70,75
	Total	75	

Test[a,b]

	STRESS
Khi-deux	17,615
ddl	3
Signification asymptotique	,001

a. Test de Kruskal Wallis

b. Critère de regroupement : NBDESSAI

Test-t

Statistiques de groupe

	SEXE	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
DEPRESSI	HOMME	41	19,5122	5,7494	,8979
	FEMME	34	21,4706	5,9352	1,0179

Test d'échantillons indépendants

Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
							Intervalle de confiance 95% de la différence	
F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
,057	,812	-1,447	73	,152	-1,9584	1,3532	-4,6554	,7386
		-1,443	69,581	,154	-1,9584	1,3573	-4,6658	,7490

Test-t

Statistiques de groupe

	SEXE	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
DESESPOI	HOMME	41	13,2195	2,6880	,4198
	FEMME	34	13,4706	1,9731	,3384

Test d'échantillons indépendants

Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
							Intervalle de confiance 95% de la différence	
F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
1,585	,212	-,453	73	,652	-,2511	,5547	-1,3566	,8545
		-,466	72,014	,643	-,2511	,5392	-1,3259	,8238

Oneway

Descriptives

DEPRESSI

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
1,00	40	17,7000	3,8908	,6152	16,4557	18,9443	11,00	24,00
2,00	22	20,4091	5,5606	1,1855	17,9437	22,8745	11,00	30,00
3,00	11	27,4545	1,4397	,4341	26,4873	28,4217	26,00	30,00
4,00	2	35,5000	,7071	,5000	29,1469	41,8531	35,00	36,00
Total	75	20,4000	5,8771	,6786	19,0478	21,7522	11,00	36,00

Test d'homogénéité des variances

DEPRESSI

Statistique de Levene	ddl1=	ddl2	Signification
9,954	3	71	,000

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

	NBDESSAI	N	Rang moyen
DEPRESSI	1,00	40	28,25
	2,00	22	38,80
	3,00	11	65,23
	4,00	2	74,50
	Total	75	

Test[a,b]

	DEPRESSI
Khi-deux	30,942
ddl	3
Signification asymptotique	,000

a. Test de Kruskal Wallis

b. Critère de regroupement : NBDESSAI

Oneway

Descriptives

DESESPOI

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
1,00	40	12,3250	2,3467	,3710	11,5745	13,0755	5,00	15,00
2,00	22	13,6364	1,6775	,3576	12,8926	14,3801	9,00	17,00
3,00	11	15,6364	,9244	,2787	15,0153	16,2574	14,00	17,00
4,00	2	17,5000	,7071	,5000	11,1469	23,8531	17,00	18,00
Total	75	13,3333	2,3786	,2747	12,7861	13,8806	5,00	18,00

Test d'homogénéité des variances

DESESPOI

Statistique de Levene	ddl1=	ddl2	Signification
2,335	3	71	,081

ANOVA

DESESPOI

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	135,755	3	45,252	11,356	,000
Intra-groupes	282,911	71	3,985		
Total	418,667	74			

Tests post hoc

Comparaisons multiples

Variable dépendante: DESESPOI
Test de Tukey

(I) NBDESSAI	(J) NBDESSAI	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
1,00	2,00	-1,3114	,530	,073	-2,7054	8,265E-02
	3,00	-3,3114*	,680	,000	-5,0994	-1,5234
	4,00	-5,1750*	1,446	,003	-8,9803	-1,3697
2,00	1,00	1,3114	,530	,073	-8,265E-02	2,7054
	3,00	-2,0000*	,737	,041	-3,9394	-6,063E-02
	4,00	-3,8636	1,474	,051	-7,7424	1,511E-02
3,00	1,00	3,3114*	,680	,000	1,5234	5,0994
	2,00	2,0000*	,737	,041	6,063E-02	3,9394
	4,00	-1,8636	1,534	,620	-5,9008	2,1735
4,00	1,00	5,1750*	1,446	,003	1,3697	8,9803
	2,00	3,8636	1,474	,051	-1,511E-02	7,7424
	3,00	1,8636	1,534	,620	-2,1735	5,9008

*. La différence de moyennes est significative au niveau .05.

Test-t

Statistiques de groupe

	SEXE	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
CONFRONT	HOMME	41	11,4146	1,8300	,2858
	FEMME	34	12,5000	2,1070	,3613
PLANIFIC	HOMME	41	6,7073	2,2163	,3461
	FEMME	34	6,2941	1,9776	,3392
EVALPOSI	HOMME	41	10,9268	3,3120	,5173
	FEMME	34	10,4706	3,2026	,5492
DISTANCE	HOMME	41	13,4390	2,4088	,3762
	FEMME	34	13,2059	2,4591	,4217
SELFCONT	HOMME	41	10,1707	3,9554	,6177
	FEMME	34	10,9412	3,8134	,6540
SUPPORT	HOMME	41	4,5854	2,0369	,3181
	FEMME	34	7,3824	3,6682	,6291
RESPONSA	HOMME	41	5,6341	2,0218	,3158
	FEMME	34	6,1765	2,0222	,3468
EVITEMEN	HOMME	41	14,4390	2,1800	,3405
	FEMME	34	14,0882	2,3660	,4058

Test d'échantillons indépendants

Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
							Intervalle de confiance 95% de la différence	
F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
1,093	,299	-2,387	73	,020	-1,0854	,4546	-1,9915	-,1793
		-2,356	65,919	,021	-1,0854	,4607	-2,0052	-,1655
,201	,655	,844	73	,402	,4132	,4898	-,5630	1,3894
		,853	72,582	,397	,4132	,4846	-,5527	1,3791
,105	,747	,603	73	,549	,4562	,7569	-1,0522	1,9647
		,605	71,254	,547	,4562	,7545	-1,0480	1,9605
,025	,876	,413	73	,681	,2331	,5640	-,8910	1,3573
		,413	69,899	,681	,2331	,5651	-,8940	1,3603
,267	,607	-,853	73	,396	-,7704	,9027	-2,5696	1,0287
		-,856	71,318	,395	-,7704	,8996	-2,5641	1,0232
21,130	,000	-4,172	73	,000	-2,7970	,6705	-4,1333	-1,4607
		-3,968	49,370	,000	-2,7970	,7049	-4,2133	-1,3806
,009	,925	-1,156	73	,251	-,5423	,4690	-1,4770	,3924
		-1,156	70,450	,251	-,5423	,4690	-1,4776	,3930
,652	,422	,667	73	,507	,3508	,5256	-,6967	1,3983
		,662	68,011	,510	,3508	,5297	-,7062	1,4077

Oneway

Descriptives

		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
						Borne inférieure	Borne supérieure		
NT	1,00	40	11,7750	2,2813	,3607	11,0454	12,5046	6,00	19,00
	2,00	22	12,1818	1,6800	,3582	11,4369	12,9267	10,00	15,00
	3,00	11	12,0909	1,8141	,5470	10,8722	13,3096	10,00	15,00
	4,00	2	10,5000	,7071	,5000	4,1469	16,8531	10,00	11,00
	Total	75	11,9067	2,0213	,2334	11,4416	12,3717	6,00	19,00
C	1,00	40	6,6750	1,9662	,3109	6,0462	7,3038	2,00	11,00
	2,00	22	5,8636	2,4937	,5317	4,7580	6,9693	2,00	9,00
	3,00	11	7,4545	1,5725	,4741	6,3981	8,5110	4,00	9,00
	4,00	2	5,5000	,7071	,5000	-,8531	11,8531	5,00	6,00
	Total	75	6,5200	2,1076	,2434	6,0351	7,0049	2,00	11,00
I	1,00	40	10,9000	2,9854	,4720	9,9452	11,8548	4,00	18,00
	2,00	22	10,4091	3,6601	,7803	8,7863	12,0319	1,00	15,00
	3,00	11	10,0909	3,2390	,9766	7,9149	12,2669	2,00	15,00
	4,00	2	14,0000	4,2426	3,0000	-24,1186	52,1186	11,00	17,00
	Total	75	10,7200	3,2489	,3752	9,9725	11,4675	1,00	18,00
E	1,00	40	12,3500	2,4864	,3931	11,5548	13,1452	8,00	16,00
	2,00	22	13,5000	1,3363	,2849	12,9075	14,0925	11,00	16,00
	3,00	11	15,7273	,9045	,2727	15,1196	16,3349	14,00	17,00
	4,00	2	18,0000	,0000	,0000	18,0000	18,0000	18,00	18,00
	Total	75	13,3333	2,4180	,2792	12,7770	13,8897	8,00	18,00
NT	1,00	40	9,9000	4,0938	,6473	8,5907	11,2093	1,00	17,00
	2,00	22	11,4091	3,5276	,7521	9,8451	12,9731	3,00	16,00
	3,00	11	10,4545	3,7246	1,1230	7,9523	12,9568	3,00	15,00
	4,00	2	13,5000	3,5355	2,5000	-18,2655	45,2655	11,00	16,00
	Total	75	10,5200	3,8847	,4486	9,6262	11,4138	1,00	17,00
T	1,00	40	6,4250	3,3504	,5297	5,3535	7,4965	1,00	14,00
	2,00	22	4,6364	2,8208	,6014	3,3857	5,8870	1,00	11,00
	3,00	11	5,6364	2,2923	,6911	4,0964	7,1763	2,00	10,00
	4,00	2	9,0000	5,6569	4,0000	-41,8248	59,8248	5,00	13,00
	Total	75	5,8533	3,1950	,3689	5,1182	6,5884	1,00	14,00
SA	1,00	40	6,3250	1,8590	,2939	5,7305	6,9195	3,00	10,00
	2,00	22	5,4545	2,1096	,4498	4,5192	6,3899	2,00	9,00
	3,00	11	5,0909	2,3856	,7193	3,4883	6,6936	1,00	8,00
	4,00	2	6,0000	,0000	,0000	6,0000	6,0000	6,00	6,00
	Total	75	5,8800	2,0266	,2340	5,4137	6,3463	1,00	10,00
N	1,00	40	14,4500	2,3088	,3651	13,7116	15,1884	11,00	19,00
	2,00	22	14,2727	2,2716	,4843	13,2656	15,2799	11,00	18,00
	3,00	11	13,7273	2,3277	,7018	12,1635	15,2910	9,00	16,00
	4,00	2	14,0000	1,4142	1,0000	1,2938	26,7062	13,00	15,00
	Total	75	14,2800	2,2575	,2607	13,7606	14,7994	9,00	19,00

Test d'homogénéité des variances

	Statistique de Levene	ddl1=	ddl2	Signification
CONFRONT	,858	3	71	,467
PLANIFIC	3,230	3	71	,027
EVALPOSI	,416	3	71	,742
DISTANCE	10,647	3	71	,000
SELFCONT	,316	3	71	,814
SUPPORT	1,564	3	71	,206
RESPONSA	1,906	3	71	,136
EVITEMEN	,464	3	71	,709

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
CONFRONT	Inter-groupes	6,690	3	2,230	,536	,659
	Intra-groupes	295,657	71	4,164		
	Total	302,347	74			
PLANIFIC	Inter-groupes	22,127	3	7,376	1,708	,173
	Intra-groupes	306,593	71	4,318		
	Total	328,720	74			
EVALPOSI	Inter-groupes	29,293	3	9,764	,922	,435
	Intra-groupes	751,827	71	10,589		
	Total	781,120	74			
DISTANCE	Inter-groupes	145,885	3	48,628	12,039	,000
	Intra-groupes	286,782	71	4,039		
	Total	432,667	74			
SELFCONT	Inter-groupes	50,575	3	16,858	1,123	,346
	Intra-groupes	1066,145	71	15,016		
	Total	1116,720	74			
SUPPORT	Inter-groupes	65,975	3	21,992	2,265	,088
	Intra-groupes	689,411	71	9,710		
	Total	755,387	74			
RESPONSA	Inter-groupes	18,781	3	6,260	1,559	,207
	Intra-groupes	285,139	71	4,016		
	Total	303,920	74			
EVITEMEN	Inter-groupes	4,675	3	1,558	,297	,827
	Intra-groupes	372,445	71	5,246		
	Total	377,120	74			

Tests post hoc

Comparaisons multiples

e Tukey

le dépenda	(I) NBDESSA	(J) NBDESSA	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	tervalle de confiance 95%	
						Borne inférieure	Borne supérieure
CONT	1,00	2,00	-,4068	,542	,876	-1,8319	1,0182
		3,00	-,3159	,695	,969	-2,1438	1,5119
		4,00	1,2750	1,479	,824	-2,6151	5,1651
	2,00	1,00	,4068	,542	,876	-1,0182	1,8319
		3,00	,091E-02	,754	,999	-1,8917	2,0735
		4,00	1,6818	1,507	,681	-2,2833	5,6470
	3,00	1,00	,3159	,695	,969	-1,5119	2,1438
		2,00	,091E-02	,754	,999	-2,0735	1,8917
		4,00	1,5909	1,569	,742	-2,5362	5,7180
	4,00	1,00	-1,2750	1,479	,824	-5,1651	2,6151
		2,00	-1,6818	1,507	,681	-5,6470	2,2833
		3,00	-1,5909	1,569	,742	-5,7180	2,5362
FIC	1,00	2,00	,8114	,552	,460	-,6398	2,2625
		3,00	-,7795	,707	,690	-2,6409	1,0818
		4,00	1,1750	1,506	,863	-2,7864	5,1364
	2,00	1,00	-,8114	,552	,460	-2,2625	,6398
		3,00	-1,5909	,767	,172	-3,6098	,4280
		4,00	,3636	1,535	,995	-3,6742	4,4015
	3,00	1,00	,7795	,707	,690	-1,0818	2,6409
		2,00	1,5909	,767	,172	-,4280	3,6098
		4,00	1,9545	1,597	,614	-2,2482	6,1572
	4,00	1,00	-1,1750	1,506	,863	-5,1364	2,7864
		2,00	-,3636	1,535	,995	-4,4015	3,6742
		3,00	-1,9545	1,597	,614	-6,1572	2,2482
OSI	1,00	2,00	,4909	,864	,941	-1,7816	2,7634
		3,00	,8091	1,108	,885	-2,1057	3,7239
		4,00	-3,1000	2,358	,557	-9,3033	3,1033
	2,00	1,00	-,4909	,864	,941	-2,7634	1,7816
		3,00	,3182	1,202	,993	-2,8433	3,4797
		4,00	-3,5909	2,403	,446	-9,9139	2,7321
	3,00	1,00	-,8091	1,108	,885	-3,7239	2,1057
		2,00	-,3182	1,202	,993	-3,4797	2,8433
		4,00	-3,9091	2,501	,406	-10,4903	2,6721
	4,00	1,00	3,1000	2,358	,557	-3,1033	9,3033
		2,00	3,5909	2,403	,446	-2,7321	9,9139
		3,00	3,9091	2,501	,406	-2,6721	10,4903
NCE	1,00	2,00	-1,1500	,533	,146	-2,5535	,2535
		3,00	-3,3773*	,684	,000	-5,1775	-1,5771
		4,00	-5,6500*	1,456	,001	-9,4813	-1,8187
	2,00	1,00	1,1500	,533	,146	-,2535	2,5535
		3,00	-2,2273*	,742	,019	-4,1799	-,2747
		4,00	-4,5000*	1,484	,017	-8,4052	-,5948
	3,00	1,00	3,3773*	,684	,000	1,5771	5,1775
		2,00	2,2273*	,742	,019	,2747	4,1799
		4,00	-2,2727	1,545	,460	-6,3374	1,7919
	4,00	1,00	5,6500*	1,456	,001	1,8187	9,4813
		2,00	4,5000*	1,484	,017	,5948	8,4052
		3,00	2,2727	1,545	,460	-1,7919	6,3374
CONT	1,00	2,00	-1,5091	1,029	,463	-4,2152	1,1970

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

	NBDESSAI	N	Rang moyen
PLANIFIC	1,00	40	38,67
	2,00	22	33,02
	3,00	11	48,05
	4,00	2	24,00
	Total	75	
DISTANCE	1,00	40	29,81
	2,00	22	37,82
	3,00	11	61,50
	4,00	2	74,50
	Total	75	

Test[a,b]

	PLANIFIC	DISTANCE
Khi-deux	4,450	24,507
ddl	3	3
Signification asymptotique	,217	,000

a. Test de Kruskal Wallis

b. Critère de regroupement : NBDESSAI

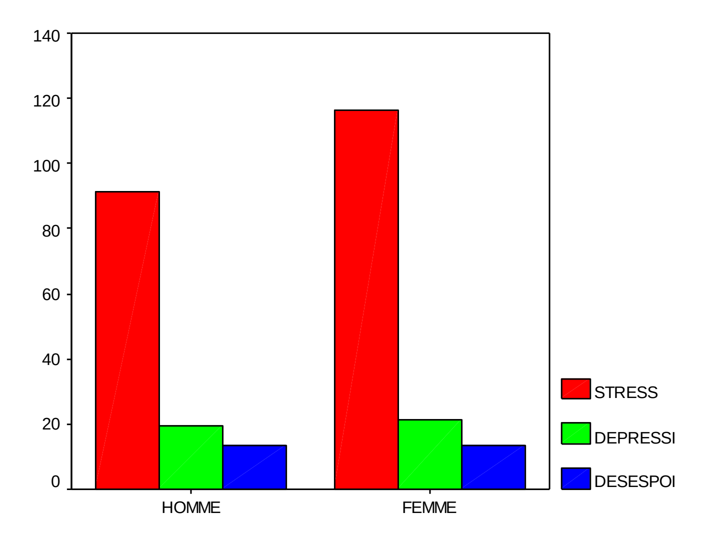
Test-t

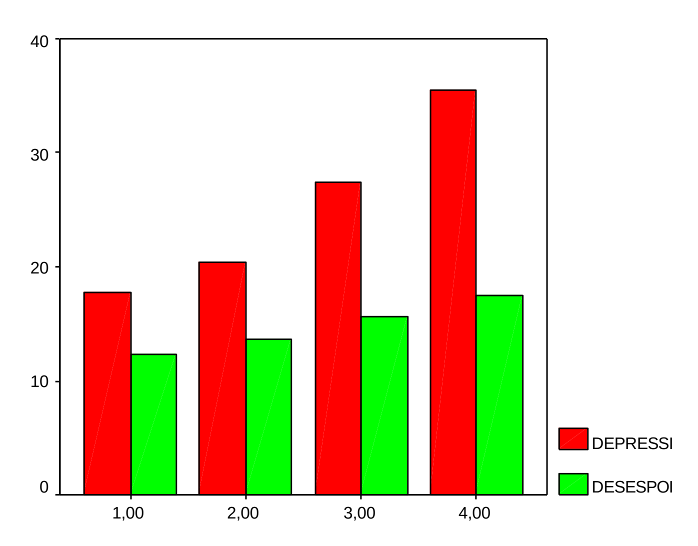
Statistiques de groupe

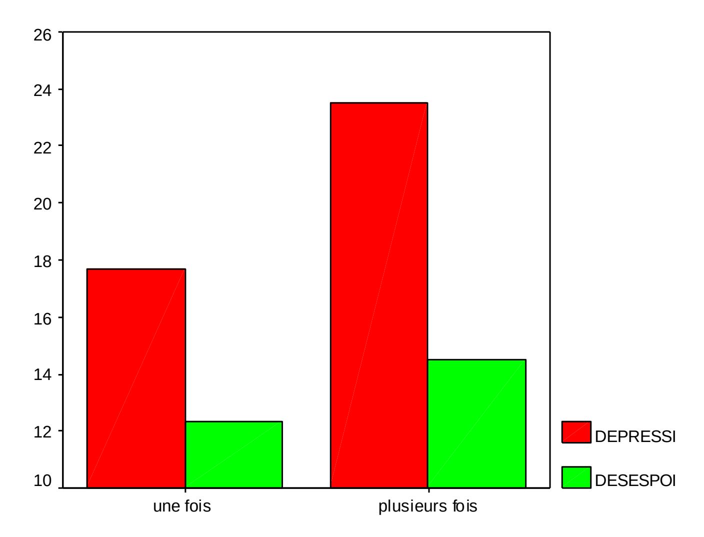
	NBESSAI2	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
CONFRONT	une fois	40	11,7750	2,2813	,3607
	plusieurs fois	35	12,0571	1,6968	,2868
PLANIFIC	une fois	40	6,6750	1,9662	,3109
	plusieurs fois	35	6,3429	2,2744	,3845
EVALPOSI	une fois	40	10,9000	2,9854	,4720
	plusieurs fois	35	10,5143	3,5593	,6016
DISTANCE	une fois	40	12,3500	2,4864	,3931
	plusieurs fois	35	14,4571	1,7879	,3022
SELFCONT	une fois	40	9,9000	4,0938	,6473
	plusieurs fois	35	11,2286	3,5570	,6012
SUPPORT	une fois	40	6,4250	3,3504	,5297
	plusieurs fois	35	5,2000	2,9185	,4933
RESPONSA	une fois	40	6,3250	1,8590	,2939
	plusieurs fois	35	5,3714	2,1156	,3576
EVITEMEN	une fois	40	14,4500	2,3088	,3651
	plusieurs fois	35	14,0857	2,2145	,3743

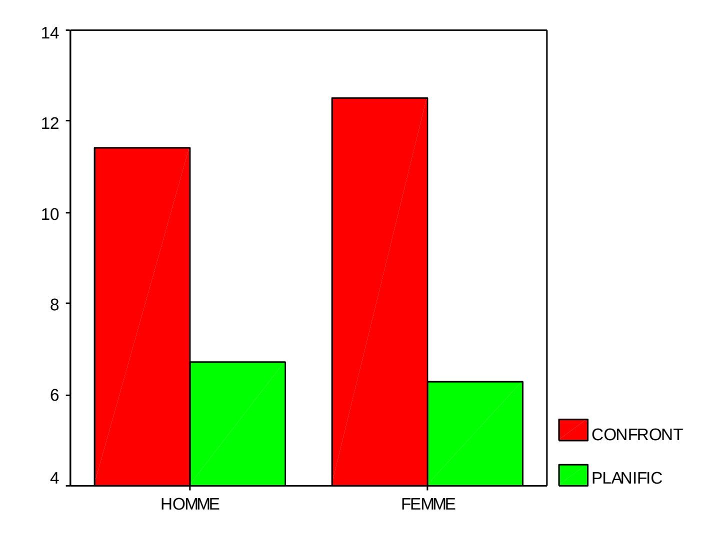
Test d'échantillons indépendants

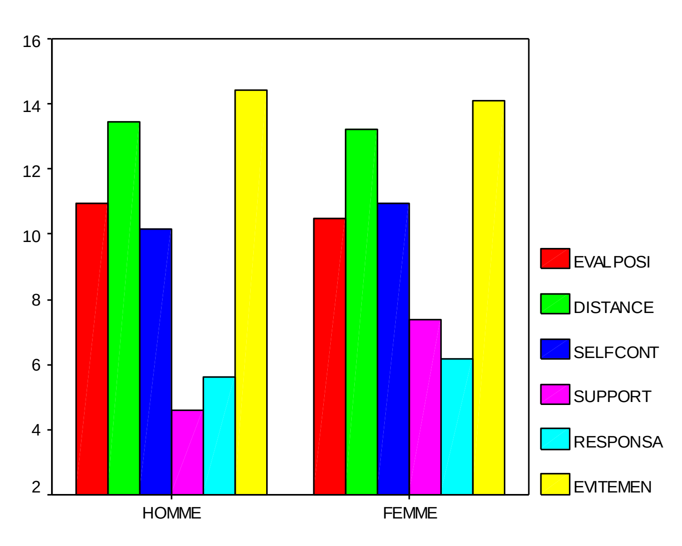
Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
							Intervalle de confiance 95% de la différence	
F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
1,475	,228	-,600	73	,550	-,2821	,4699	-1,2186	,6543
		-,612	71,239	,542	-,2821	,4608	-1,2010	,6367
3,436	,068	,678	73	,500	,3321	,4896	-,6437	1,3079
		,672	67,749	,504	,3321	,4944	-,6545	1,3188
,322	,572	,510	73	,611	,3857	,7558	-1,1205	1,8920
		,504	66,706	,616	,3857	,7647	-1,1408	1,9122
7,088	,010	-4,159	73	,000	-2,1071	,5066	-3,1169	-1,0974
		-4,249	70,481	,000	-2,1071	,4959	-3,0960	-1,1183
,934	,337	-1,490	73	,141	-1,3286	,8918	-3,1060	,4488
		-1,504	72,998	,137	-1,3286	,8834	-3,0893	,4321
1,472	,229	1,677	73	,098	1,2250	,7306	-,2311	2,6811
		1,692	72,999	,095	1,2250	,7239	-,2177	2,6677
,336	,564	2,078	73	,041	,9536	,4589	3,901E-02	1,8681
		2,060	68,287	,043	,9536	,4629	2,995E-02	1,8772
,355	,553	,695	73	,489	,3643	,5243	-,6807	1,4093
		,697	72,364	,488	,3643	,5229	-,6779	1,4065

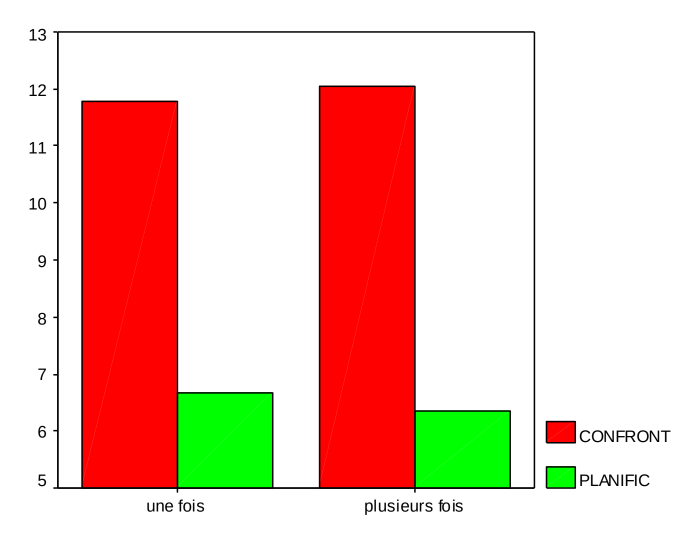

140
120
100
80
60
40
20
0
HOMME
FEMME
STRESS
DEPRESSI
DESESPOI
SEXE

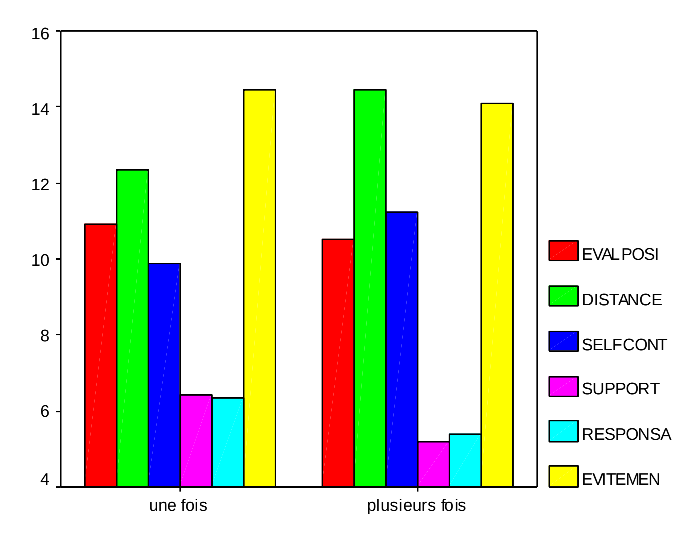

40
30
20
10
0
1,00
2,00
3,00
4,00
DEPRESSI
DESESPOI
NBDESSAI


26
24
22
20
18
16
14
12
10
une fois
plusieurs fois
DEPRESSI
DESESPOI
NBESSAI2


14
12
10
8
6
4
HOMME
FEMME
CONFRONT
PLANIFIC
SEXE


16
14
12
10
8
6
4
2
HOMME
FEMME
EVALPOSI
DISTANCE
SELFCONT
SUPPORT
RESPONSA
EVITEMEN
SEXE


13
12
11
10
9
8
7
6
5
une fois
plusieurs fois
CONFRONT
PLANIFIC
NBESSAI2


16
14
12
10
8
6
4
une fois
plusieurs fois
NBESSAI2
EVALPOSI
DISTANCE
SELFCONT
SUPPORT
RESPONSA
EVITEMEN